Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brindel** (Bordeaux), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **Gontier de la Roche** (Toulon), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Parmentier** (Brüssel), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Dreiundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1907.)

Berlin, 1907.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, Januar. 1907. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1905.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	39	187	93	42	79	30	12	482
Deutschland	42	93	49	10	71	9	9	283
Grossbritannien und Colonien	12	84	54	8	75	4	10	247
Frankreich	15	63	52	21	48	17	9	225
Oesterreich-Ungarn	12	60	21	5	53	4	12	167
Belgien und Holland	7	42	24	10	34	6	8	131
Italien	8	45	25	5	34	2	1	120
Spanien	6	12	8	2	21	—	2	51
Russland	7	10	11	6	12	—	3	49
Skandinavien	2	15	6	5	14	1	5	48
Polen	3	14	8	7	19	—	2	53
Schweiz	3	4	2	3	5	2	3	22
Zusammen	156	629	353	124	465	75	76	1878

Die Gesammtproduction hat sich wieder um einige hundert Nummern vermehrt. Der Löwenantheil entfällt auf die Nase und ihre Nebenhöhlen. In den Verhältnissen der einzelnen Länder zu einander ist keine nennenswerthe Verschiebung eingetreten.

II. Die rhino-laryngologische Ausstellung zu Ehren von Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag.

Berlin, 17. November bis 9. December 1906.

Um ihrem Chef und Lehrer zu seinem 70. Geburtstage eine von dem üblichen Schema abweichende und gleichzeitig der Gelegenheit würdige Ehrung zu bereiten, fassten die Assistenten Bernhard Fränkel's den Plan zu einer Ausstellung, die, soweit dies im Rahmen eines solchen Unternehmens möglich wäre, ein Bild von der Entwickelung unserer Wissenschaft und von ihrem heutigen Stande geben und möglichst vollzählig die wissenschaftlichen und technischen Hülfsmittel vor Augen führen sollte, deren sich die Laryngologie in dem halben Säculum ihres Bestehens bedient hat. Dank der nicht genug zu rühmenden Bereitwilligkeit und thätigen Mithülfe der Fachgenossen und Industriellen in aller Welt, an die der Ruf ergangen war, dem Unternehmen ihre Unterstützung angedeihen zu lassen, konnte der Plan zur Ausführung gelangen, und so wurde am Geburtstage Bernhard Fränkel's im Beisein von Vertretern des preussischen Kultusministeriums, der medicinischen Facultät der Universität, des Sanitätscorps, sämmtlicher fremder anlässlich des festlichen Tages in Berlin weilender und des grössten Theils der dort ansässigen Laryngologen die Internationale Ausstellung für Rhinologie und Laryngologie in den für diesen Zweck von der zuständigen Behörde bereitwilligst zur Verfügung gestellten Räumen des Kaiserin Friedrich-Hauses feierlich eröffnet. Es war — wenn wir von den gelegentlich der Specialcongresse von einzelnen Firmen nach rein merkantilen Gesichtspunkten zusammengestellten Instrumenten-Auslagen absehen — das erste derartige Unternehmen; ob man es als gelungen betrachten kann, das überlasse ich dem Urtheil anderer. Dass der Gedanke kein ganz verfehlter war, das glaube ich nach dem Interesse, das sich weit über die engeren Fachkreise hinaus für die Ausstellung kund gab und nach dem überaus regen Besuch, der bis zu ihrem am 9. December erfolgten Schluss anhielt, getrost behaupten zu dürfen.

Die Ausstellung war in vier Gruppen eingetheilt: Die erste umfasste das Instrumentarium und zeigte in einer Reichhaltigkeit, die wohl kaum etwas zu wünschen übrig liess, das instrumentelle Rüstzeug des Hals- und Nasenarztes, wie es sich aus bescheidenen und oft recht unbeholfenen Anfängen zu der Mannigfaltigkeit und technischen Vollendung entwickelt hat, die durch den Ausbau der Untersuchungsmethoden und specialistischen — insbesondere der endonasalen — chirurgischen Behandlungsmethoden einerseits und den Hochstand der modernen Instrumentenmacherkunst andererseits bedingt sind. Mit einem Gefühl der Ehrfurcht betrachteten wir in der historischen Abtheilung dieser Gruppe die nach heutigem Begriff oft so unzulänglichen Apparate und Instrumente, mit deren Hülfe die Grossmeister unserer Wissenschaft die ersten Schritte in das durch Garcia's Erfindung erschlossene Neuland der Laryngologie unternahmen: den Spiegel, mit dem Manuel Garcia seinen eigenen Kehlkopf sah, den autolaryngoskopischen Apparat, dessen sich Czermak zu seinen Studien bediente, die Originalinstrumente von Türck, Stoerk, von Bruns, Tobold, Voltolini etc., ferner eine

Collection von Instrumenten aus der vorlaryngoskopischen Zeit, zum Theil noch aus dem 18. Jahrhundert, die der Sammlung der Kaiser Wilhelms-Akademie entnommen waren.

Für die modernen Instrumente ergab sich naturgemäss die Eintheilung in solche für die Untersuchung und chirurgische Behandlung, und zwar war möglichst das Princip durchgeführt worden, jeden Instrumentypus vom ersten Modell an mit den wesentlichen Modificationen und Verbesserungen bis zu seiner heutigen Gestalt vor Augen zu führen. In der Gruppe der Untersuchungsinstrumente fand man die Mundsperrer, Zungenspatel, Gaumenhaken, Epiglottisheber, Spiegel, Nasenspecula, das Instrumentarium für die Oesophagoskopie und für die directen Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege vom Kirstein'schen Autoskop bis zu den Killian'schen tracheo- und bronchoskopischen Röhren und ihrer neuesten Modification durch v. Schrötter. Unter den Behandlungsinstrumenten nahmen entsprechend der sich immer mehr geltend machenden Fortentwickelung der modernen Rhinologie nach der chirurgischen Seite hin die Instrumente für die endonasale Chirurgie und unter ihnen wiederum die für die Nebenhöhlen- und Septumoperationen den grössten Raum ein. Gerade an ihnen konnte man besonders die Feinheit und Genauigkeit bewundern, mit der die heutige Instrumentenmacherkunst arbeitet; einen wie hohen Stand diese Kunst speciell in Amerika erreicht hat, dafür bot diese Ausstellung dank den Bemühungen des Collegen Emil Mayer (New-York), der mit nicht genug anzuerkennendem Eifer sich die Förderung unseres Unternehmens angelegen sein liess und die hervorragendsten amerikanischen Instrumentenfirmen zur Betheiligung veranlasste, eine selten günstige Gelegenheit. Von der Erfindungsgabe und Erfindungsfreudigkeit der Laryngologen in Bezug auf technische Subtilitäten, die sich im Ausklügeln immer neuer Modificationen und Verbesserungen an gewissen Instrumenten nicht genug thun kann, legte die Sammlung der Instrumente zur Behandlung der Gaumenmandeln und zur Entfernung der adenoiden Vegetationen beredtes Zeugniss ab; waren doch allein 75 verschiedene Modelle von Tonsillotomen ausgestellt von zum Theil höchst abenteuerlicher Form und Construction. Auch die Instrumente für den Kehlkopf waren vollzählig vorhanden, darunter auch alle Formen von Intubationsröhren, die Prothesen zum Gebrauch nach Totalexstirpation, die Instrumente zur Tracheotomie u. s. w. Ein besonders prägnantes Bild von der Förderung, die wir den Fortschritten der Technik zu danken haben, gab die Ausstellung der Beleuchtungsapparate, die uns in dem Entwickelungsgang vom Heliostaten und Sonnenlichtreflector bis zur Nernstlampe einen interessanten Ausschnitt aus dem Capitel der Beleuchtungstechnik überhaupt vor Augen führte. Um eine möglichst vollständige Zusammenstellung der für den Laryngologen in Betracht kommenden elektromedicinischen Apparate hatten sich die rühmlichst bekannten Firmen W. A. Hirschmann, Louis und H. Loewenstein, Elektro-medicinisches Institut Aschaffenburg verdient gemacht. Allgemeine Bewunderung erregte ein von Hirschmann nach Angaben Edm. Meyer's angefertigter grosser Schrank, der, für Anschluss an das Strassennetz bestimmt, ein Stativ für Licht, Vorrichtungen für Kaustik, constanten Strom, Elektromotorbetrieb, Wasserleitung enthält, gleichzeitig zur Aufbewahrung des Instrumentariums, der Medicamente und Verband-

stoffe dient, dabei, wenn er geschlossen ist, von seiner ärztlichen Bestimmung nichts ahnen lässt, sondern einen durchaus salonmässigen Eindruck macht, kurz, eine geradezu ideale Vereinigung von Comfort nnd Zweckmässigkeit darstellt. Eine Zusammenstellung der Intrumente und Apparate zur Application medicamentöser Stoffe auf die Schleimhäute der oberen Luftwege hatte Herr Apotheker Liebenthal besorgt und diese Gruppe ganz besonders lehrreich und interessant dadurch gestaltet, dass er in einer bisher wohl kaum gesehenen Vollständigkeit die gebräuchlichsten Inhalationsvorrichtungen, sowohl die transportablen Apparate wie die in den modernen Bädern und Anstalten zur Anwendung gelangenden Systeme für Rauminhalationen, vorführte. Aber nicht nur die dem Gebrauch des Praktikers dienenden Instrumente zur Untersuchung und Behandlung hatten auf der Ausstellung Berücksichtigung gefunden, auch den Apparaten und Instrumenten für physiologische Untersuchungen, den Messinstrumenten, den zahlreichen sprach- und stimmphysiologischen Apparaten, den Stroboskopen etc., war ein dem grossen Interesse, das sie beanspruchen dürfen, entsprechender Platz eingeräumt worden. Erwähnen wir noch die Einrichtungen für Klinik und Sprechzimmer, die in mehreren Modellen vorhandenen Kojenwände, wie sie in neuerer Zeit besonders für den poliklinischen Betrieb in Aufnahme gekommen sind, die Instrumentenständer, Sterilisationsapparate, Untersuchungstische, Operationsstühle etc., so glauben wir ein einigermaassen erschöpfendes Bild von dem Inhalt dieser reichhaltigen und belehrenden Ausstellungsgruppe gegeben zu haben.

Die zweite Hauptgruppe umfasste die Hülfsmittel, die dem academischen Lehrer für den Unterricht in der Lehre von den normalen und krankhaften Verhältnissen der oberen Luftwege zur Verfügung stehen; gleichzeitig sollte sie ein Bild von der Stellung geben, die der Rhino-Laryngologie als academischem Lehrfach heute in den einzelnen Ländern eingeräumt ist. Das wichtigste Lehrmittel ist, wenn wir von der Untersuchung des lebenden Menschen absehen, die Vorführung von Präparaten; demgemäss nahm eine Sammlung von solchen, zu der staatliche und städtische Institute und wissenschaftliche Anstalten sowie Private ihre auserlesensten Stücke beigesteuert hatten, den hervorragendsten Platz ein. Einen der Ausstellungsräume dichtgedrängt erfüllend stellte diese Sammlung ein so vollkommenes Museum für die Kenntnisse der normalen und pathologischen Anatomie der oberen Luftwege dar, dass bei seiner Betrachtung ganz besonders das Bedauern rege wurde, all dies in kurzer Zeit wieder in alle vier Winde zerstreut zu sehen. Wenn wir aus der Fülle dessen, was an interessanten und lehrreichen Objecten hier zur Aufstellung gelangt war, das eine oder andere herausgreifen, so wollen wir damit keineswegs eine auch nur eine einigermaassen erschöpfende Liste alles Erwähnenswerthen geben; das wäre an dieser Stelle nicht möglich. So seien nur die höchst instructiven Nebenhöhlenpräparate von Brühl, Hartmann, Heymann-Ritter, Onodi, die vom Zoologischen In[illegible] der Universität Berlin hergeliehenen Präparate zur verglei[illegible] der oberen Luftwege, insbesondere der Nase, angeführt; so se[illegible] Menge seltener pathologisch-anatomischer Specimina nur [illegible] Collectionen maligner Tumoren von Hansemann und [illegible]

gichtischen Ablagerungen im Crico-Arytaenoidgelenk (Benda), Hämorrhagien in Larynx und Trachea bei Purpura haemorrhagica (Westenhoeffer), Sammlungen von Fremdkörpern im Larynx (Benda, Hansemann, Heymann, Orth), darunter als besonders interessant ein den Larynx vollkommen obstruirendes Blutcoagulum, das von einer Lungenblutung stammte, Veränderungen der oberen Luftwege bei verschiedenartigen Vergiftungen (Orth), je ein primäres Carcinom und Sarkom der Trachea (Hansemann, Benda) etc. Grosses Interesse beanspruchten auch die vom Pathologischen Institut der Königl. thierärztlichen Hochschule Berlin (Schütz) hergeliehenen Präparate, darunter eine ganz colossale Atrophie des linken Posticus beim Pferde in Folge linksseitiger Posticuslähmung, ferner Präparate von Kehlkopftuberculose beim Rind u. A. m. Allgemeine Bewunderung erregten Grabower's mikroskopische Präparate von Nervenendigungen in den Kehlkopfmuskeln. Ein wie vortreffliches Unterrichtsmittel, das die Demonstration von Patienten und Präparaten ergänzen resp. zur Aushülfe ersetzen kann, die Wachsnachbildungen sind, das zeigten die vollendet ausgeführten Moulagen von Erkrankungen der Nase, Lippen, Zunge und des Rachens, die Lesser und Lassar ausgestellt hatten, die Wachsmodelle des Kehlkopfes aus dem Anatomischen Institut zu Berlin, die Kehlkopfmoulagen von Berliner und ganz besonders die von Hinsberg-Breslau ausgestellten, unter denen ein geradezu täuschend nachgebildetes Kehlkopfödem die Aufmerksamkeit des Beschauers erregte. Aus der grossen Menge von Abbildungen, auf denen typische oder besonders interessante Krankheitsbilder zur Darstellung gelangten, seien 20 Tafeln aus der Schrötter-Störk'schen Zeit mit Originalaquarellen von Teuchmann, Heitzmann etc. hervorgehoben, die von der k. k. Laryngologischen Klinik Wien ausgestellt waren, ferner Gerber's 30 Tafeln mit Originalabbildungen von Nasenerkrankungen, besonders interessant wegen der trefflichen Darstellung zahlreicher Rhinoskleromfälle. Als weitere Unterrichtsmittel waren ausgestellt: Phantome zur Einübung der Untersuchungsmethoden und Operationen, Demonstrationsspiegel und Demonstrationsapparate. Ueber den heutigen Stand der Kehlkopfphotographie, die in ihrer Vollendung ja das idealste Mittel zur bildlichen Darstellung des laryngoskopischen Bildes darstellen würde, belehrten die Apparate von Flatau, French, Edm. Meyer; was diese zu leisten im Stande sind, zeigten z. B. die Musehold'schen Kehlkopfphotogr[illegible]ien.

Ueber die Stellung, die de[illegible]aryngologie heute als academischem Lehrfach eingeräumt ist, gaben B[illegible]unft, [illegible] den Vorständen fast aller deutschen Kliniken und za[illegible]länd[illegible]rrichtsinstitute eingeliefert waren; illustri[illegible]den [illegible]bildungen und Pläne von Klinik[illegible]

[illegible]aphie. In einer An-
[illegible] werthvollen Büchern
[illegible] Curiosa von kultur-
[illegible]tte zu dieser Sammlung
[illegible]rner fanden sich die Ar-
[illegible]der rhino-laryngologischen

Wissenschaft datirt, in erster Linie also die Publikationen von Garcia, Czermak und Türck, dann diejenigen Werke, die Marksteine in der Geschichte der Disciplin bedeuten, sowie eine Sammlung sämmtlicher Lehrbücher und Atlanten.

In der vierten Gruppe hatte eine tabellarische Darstellung sämmtlicher zur Zeit existirenden laryngologischen Vereine und Gesellschaften, ferner eine Sammlung von Bildern hervorragender Laryngologen der Vergangenheit und solcher Aerzte, die sich um die Entwicklung der Laryngologie verdient gemacht haben, Platz gefunden: aus seiner Autographensammlung hatte Prof. Ludwig Darmstädter eine Auslese von Handschriften berühmter Laryngologen hergeliehen und schliesslich hatte Eugen Holländer aus seiner bekannten medico-historischen Sammlung eine Anzahl von Kunstgegenständen und Reproductionen beigesteuert, die Bezug auf Hals- und Nasenkrankheiten haben.

Zur Orientirung für die Besucher der Ausstellung war ein Catalog mit einem von den vier Veranstaltern unterzeichneten Vorwort erschienen. Er enthält ausser einer Uebersicht über die Ausstellungsgegenstände vier kleine Beiträge aus der Feder der Veranstalter zur Geschichte der Rhino-Laryngologie: Ueber das Instrumentarium, über die Bibliographie, über den Unterricht und über die laryngologischen Vereine, Gesellschaften und Congresse. Georg Finder.

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) R. Spira (Krakau). **Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitals in Krakau in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. December 1905.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1906.*

Statistischer Bericht mit zahlreichen kasuistischen Mittheilungen.

HECHT.

2) Luigi Chierici. **Statistischer Bericht über die Jahre 1903—1904 und 1904 bis 1905. (Rendiconto statistico del biennio 1903—1904 e 1904—1905.)** *Istituto d'Otojatria e Rinojatria della R. Università di Napoli diretto dal Prof. Vitt. Cozzolino.*

Die Poliklinik wurde in den Jahren 1902—1905 von 3397 Patienten besucht. Unter den ausführlich berichteten Fällen sei ein Knabe mit einem 14 g wiegenden Rhinolithen erwähnt.

FINDER.

3) B. Kormann. **Ueber die Modificationen der Haut und die subcutanen Drüsen in der Umgebung der Mund- und der Nasenöffnungen, die Formationes parorales und paranaricae der Haussäugethiere.** *Anatom. Anzeiger. XXVIII. 5/6. S. 113.*

Verf. beschreibt den Bau modificirter Hautpartien in der Umgebung der Nasen- und Mundhöhle; dieselben heissen beim Rinde Holzmaul (planum nasolabiale), bei Schaf, Ziege, Hund, Katze Nasenspiegel (planum nasale), beim Schwein Rüsselscheibe (planum rostrale).

J. KATZENSTEIN.

4) **William S. Gottheil. Einige Affectionen der Lippen, des Mundes und der Zunge, wie sie vom Dermatologen gesehen werden. (Some affections of the lips, mouth and tongue as seen by the Dermatologist.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Es wird das Gummi und die diffuse gummöse Infiltration der Zunge und die tertiäre Syphilis des Gaumens besprochen.

EMIL MAYER.

5) **K. Bucher** (Heidelberg). **Inhalationsversuche mit phenylpropiolsaurem Natron nach Bulling.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1906.*

Kasuistischer Bericht über 6 Fälle von Larynx-Lungen-Tuberculose, bei denen mit obiger Inhalationsmethode ein günstiger Erfolg erzielt wurde.

HECHT.

6) **Badnel. Ueber die Wirkung des Adrenalin und der Nebennierenextracte. (Sopra l'azione dell'adrenalina e degli estratti di capsule surrenali.)** *La Clinica Medica Italiana. No. VI. 1906.*

Verf. hat bei seinen Versuchsthieren (Kaninchen) nicht nur durch endovenöse, sondern auch durch subcutane Injectionen von Adrenalin oder Nebennierenextract Atherom, ja sogar Aneurysma der grossen Arterienstämme hervorrufen können. Auch entstand eine Arteriosklerose, die anatomisch-pathologisch der des Menschen („arterio-capillary fibrosis" von Guy und Sulton) ähnlich war. Der Mechanismus des Zustandekommens ist nicht ganz klar; entweder in Folge einer Ueberanstrengung der Gefässmuskulatur oder in Folge directer toxischer Einwirkung auf die Gewebselemente.

FINDER.

7) **Wendell C. Phillips. Klinischer Bericht über die Anwendung des Alypin als locales Anaestheticum. (Clinical report of the use of Alypin as a local anaesthetic.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass wir in dem Alypin ein Mittel besitzen, das, ohne unangenehme Allgemeinerscheinungen hervorzurufen, Anästhesie der Schleimhaut bewirkt; es hat keine Contraction oder Blässe der Gewebe im Gefolge und seine anästhetische Wirkung ist der des Cocains gleich oder überlegen. Bei der Entfernung der Zungentonsille oder ähnlicher Anschwellungen stellt die Thatsache, dass keine Contraction eintritt, einen entschiedenen Vortheil dar.

EMIL MAYER.

8) **M. Ruprecht** (Bremen). **Alypin und Novocain. Ein Beitrag zur Technik der Anaesthesie in der Praxis der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis. (Unter Berücksichtigung der bis 1. Mai 1906 erschienenen Literatur über Alypin.)** *Wochenschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1906.*

Auf Grund einer grossen Reihe von Operationen im Gebiete der Nase, des Pharynx, Larynx und des Ohres kommt Autor zu dem Ergebniss, „dass das Alypin in Combination mit Suprarenin einen vollwerthigen Ersatz des reinen Cocains sowohl wie des mit Suprarenin combinirten Cocains" darstellt und „in einer Reihe von wichtigen Eigenschaften dem Cocain überlegen" ist. Das „Novocain ist zweifellos dem Alypin an Reizlosigkeit noch erheblich überlegen. Seine Wirkung als

Schleimhautanästhesicum ist aber zu gering, als dass es für die Rhino-Laryngologen als Cocainersatz in Frage kommen könnte. Doch stellt es in Verbindung mit Suprarenin für die Infiltrationsanästhesie ein nahezu ideales Anästheticum dar (Braun)". Bezüglich der Versuchsanordnung, Technik und der zahlreichen operativen statistischen Berichte muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

9) **Smith** und **Hughes. Locale Anaesthesie und Anaesthetica bei Zahnextractionen, rhinologischen und kleineren Operationen. (Local anaesthesia and anaesthetic as employed in dental extractions, rhinological and minor operations.)** *Lancet. 30. Juni 1906.*

Die vier von Oppenheimer u. Co. angefertigten Lösungen, deren Anwendung empfohlen wird, sind: 1. 0,3 proc. Cocain. hydrochlor. in reinem Natriumsulfat, 2. Destillirter Liquor Hamamelidis; 1 und 2 werden gemischt. 3. Serumalbumin mit sterilisirtem Wasser von 1030 spec. Gewicht; 4. Lösung von Nebennierenextract, die nach Erforderniss beigemischt werden kann.

ADOLPH BRONNER.

10) **Walter Cockle. Eine neue Methode zur Anwendung von Anaestheticis durch eine Tracheotomietube. (A new method of administrating an anaesthetic through a tracheotomy tube.)** *Lancet. 19. September 1906.*

Der gewöhnliche Weg ist, an die Canüle ein Rohr zu befestigen; dadurch wird die an sich schon kleine Oeffnung der Canüle noch verengt. Die Maske, die Verf. für die Narkose Tracheotomirter angegeben hat, besteht aus einem Rahmen, der an einer biegsamen Metallhandhabe befestigt und mit 2 Lagen Gaze überspannt ist, auf die das Anästheticum gegossen wird. Der Rahmen wird über die Canüle gehalten; er kann nach allen Richtungen hin bewegt werden und hindert den Operateur nicht. Angefertigt bei Hockin u. Wilson. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **L. Treitel** (Berlin). **In welchem Alter zeigt sich zuerst die Ozaena?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. p. 336.*

Verf. fand Ozaena bei zwei Kindern von 4 Jahren, ferner bei zwei Geschwistern von 8 und 6 Jahren; mehrfach sah er bei Kindern mit Adenoiden Atrophie der Nase. Nach seiner Meinung geht die Entwickelung der Ozaena in der Schulzeit vor sich, in der Zeit, in welcher das hauptsächlichste Wachsthum der Nase stattfindet; am stärksten entwickelt sich die Ozaena in der Zeit der beginnenden Pubertät. In nicht wenigen Fällen kommt Ozaena in Folge hereditärer Syphilis vor und zwar sowohl bei Säuglingen, als später zur Zeit der Pubertät.

F. KLEMPERER.

12) **Royet** (Lyon). **Ueber die Behandlung der Ozaena. (Sur le traitement de l'ozène.)** *Société de médecine de Lyon. 22. Januar 1906.*

Da Pinselungen der Schleimhaut mit Adrenalin eine Verschlimmerung der

Ozaena herbeiführen, so hat Verf. geglaubt, dass ein vasodilatatorisches Mittel den entgegengesetzten Effect haben würde. Er hat das Stovain angewandt und danach eine Besserung eintreten sehen. PAUL RAUGÉ.

13) **Sendziak. Rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena.** *Kronika Lekarska. 1906.*

Eine umfangreiche Arbeit, die auf 1142 Fällen dieses Leidens aus einer Privatpraxis beruht.

Nach einem kurzen historischen Abriss als Einleitung betont Verf. die Häufigkeit der Rhinit. atroph. resp. Ozaena (über 5 pCt.), das Verhältniss der atrophischen zur gewöhnlichen chronischen und hypertrophischen Rhinitis (seltener), weiterhin das Geschlecht (etwas häufiger bei Frauen), das Alter (gewöhnlich zwischen dem 10. und 30. Lebensjahre). Darauf beschreibt Verf. die Aetiologie dieses Leidens, so das Trauma, acute entzündliche Processe, allgemeine Constitutionskrankheiten (Anämie, Scrophulosis, Tuberculose etc.), indem er besonders der letzteren ein ziemlich grosses Gewicht bei der Entstehung dieses Leidens zuschreibt, sowie auch dem Missbrauch von Tabak und Alcohol. Nach einer kurzen Bemerkung über die Diathese und Ansteckung der Ozaena bespricht Verf. gründlich die mannigfachen Theorien, die das Wesen dieses Leidens erklären sollen, so die erbliche, Constitutions-, mechanische, Herd-, chemische, trophoneurotische, endlich die wichtigste von Allen, die parasitäre Theorie von Loewenberg. Sehr eingehend ist der Abschnitt über Symptome und Therapie dieses Leidens dargestellt, wobei Verf. ein grosses Gewicht auf die allgemeine Behandlung legt. Als Localtherapie wird vom Verf. Nasendouche (ex aluminio acetotartarico), Vibrationsmethode anempfohlen, wobei er jedoch Zweifel betreffs einer vollständigen Heilung der atrophischen Schleimhaut ausspricht, sondern nur glaubt, eine bedeutende Besserung (nämlich das Aufhören der Krustenbildung und Foetors) zu erzielen.

Von anderen verschiedenen, in der letzten Zeit anempfohlenen Methoden, so z. B. Jod- und Vaselin-Einspritzungen, Paraffininjectionen, wie auch von antidiphtherischem Serum und Elektrolysen hat Verf. keine besonders guten Erfolge beobachten können. A. v. SOKOLOWSKI.

14) **Streit** (Königsberg). **Bildung einer pflaumengrossen angiomatösen Hyperplasie in einer Ozaenanase während der Gravidität.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1906.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit wieder. HECHT.

15) **J. Lewis** und **A. Logan Turner** (Edinburgh). **Eiterung in den Nasennebenhöhlen; eine bakteriologische und klinische Untersuchung. (Suppuration in the accessory sinuses of the nose; a bacteriological and clinical research.)** *Edinburgh Medical Journal. November 1905.*

In einer ausführlichen Arbeit haben Verff. die Bacteriologie der Nebenhöhlenempyeme mit besonderer Berücksichtigung der Highmorshöhle und der

Frage vom nasalen oder dentalen Ursprung der Eiterung behandelt. Die wichtigsten Schlussfolgerungen, zu denen sie gelangen, sind folgende:

1. Die Mikroorganismen, die sich in gesunden Nasenhöhlen finden, gehören zu denselben Arten, wie diejenigen, die bei krankhaften Zuständen der Nasenhöhlen vorkommen.

2. Der Eiter in manchen Fällen von Antrumempyem enthält Mikroorganismen, die den in der Mundhöhle vorkommenden ähnlich sind.

3. Gelegentlich können dieselben Bacillen wie bei Zahncaries aus dem Eiter eines Antrumabscesses isolirt werden.

4. Gesunde Nebenhöhlen sind wahrscheinlich steril.

5. Man trifft bei Nebenhöhleneiterungen gewöhnlich drei Haupttypen von Mikroorganismen: Streptokokken, Pneumokokken und Staphylokokken.

6. In Fällen chronischer Eiterung fanden sich in 80 pCt. der Fälle Streptokokken, in den frischeren Fällen zu 60 pCt.

7. Die bacteriologische Untersuchung von Eiter, der direct aus der erkrankten Höhle entnommen ist, giebt zuverlässigere Resultate, als die in denselben Fällen vorgenommene Untersuchung von Eiter, der aus der Nasenhöhle entnommen ist.

8. In Fällen frischer Eiterung werden virulente Mikroorganismen zweimal so oft getroffen, wie in chronischen Fällen.

9. Die klinische Beobachtung spricht dafür, dass das Antrum am häufigsten auf nasalem Wege inficirt wird; dise Ansicht wird durch die bacteriologische Untersuchung gestützt.

10. Nasenpolypen kommen häufiger in Fällen combinirter Sinuserkrankung, als bei isolirtem Antrumempyem vor.

A. LOGAN TURNER.

16) **Henry Manning Fish. Ueber die Häufigkeit von Blindheit infolge Erkrankung der Nebenhöhlen. (On the frequency of the blindness due to an affection of the accessory sinuses.)** *American Journal of Surgery. September 1906.*

Verf. ist der Ansicht, dass bei vielen von den als „Erblindung infolge Anämie" beschriebenen Fällen es sich um eine durch Sinuitis bedingte Neuritis optica handelt. Er selbst hat zahlreiche Fälle von Uveitis infolge Nebenhöhlenerkrankung beobachtet. Verf. verwirft intranasale Operationen während des acuten Stadiums der Erkrankung, weil in Folge Tamponade, postoperativer Congestion etc. bisweilen Erscheinungen von Seiten der Augen auftreten.

EMIL MAYER.

17) **Heermann** (Essen a. d. Ruhr). **Zur conservativen Behandlung der Nasennebenhöhleneiterungen.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 24. 1906.*

Heermann tritt für eine möglichst ausgedehnte konservative Behandlung auch der chronischen Nebenhöhleneiterungen ein und empfiehlt in erster Linie die intranasalen Eingriffe. Zur Behandlung der Kieferhöhlenempyeme nimmt er intranasal die laterale Wand des unteren Nasenganges im Bereiche der Kieferhöhle mittels Hartmann'scher Zange oder Trephine und Fraise weg, nachdem er sich durch temporäre Resection bezw. Umklappung der unteren Muschel einen grösseren Zugang geschaffen. Mittels schlanker, nach Angabe des Autors von Pfau

construirter und in der Arbeit abgebildeter Zangen entfernt Autor die vordere Wand der Keilbeinhöhle, räumt das Siebbein vollkommen aus und schafft sich einen möglichst freien Zugang zur Stirnhöhle. Die Nachbehandlung besteht neben Spülungen in einer ausgedehnten Verwendung der Sondermann'schen Saugmethode unter Anwendung eines modificirten Muck'schen Saugglases. Diese Therapie hat Autor eine so grosse Zahl von Heilungen und nennenswerthen Besserungen gebracht, dass er der Ueberzeugung Ausdruck giebt, dass auf diesem Wege sich eine grosse Zahl radikaler Eingriffe vermeiden liesse. HECHT.

18) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Kritische Bemerkungen über die Sondermann'sche Saugmethode bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 24. 1906.*

Der negative Erfolge der Saugmethode bei 2 Fällen von Kieferhöhleneiterung bezüglich der Entleerung der Höhle durch Saugung veranlasste Autor an der Leiche zu prüfen, ob und in wie weit man die Kieferhöhle mit der Sondermann'schen Saugmaske von Secret entleeren kann, wobei sich ergab, dass wohl etwas Secret abfliesst, dass dagegen der grössere Theil auf diesem Wege nicht entfernt werden kann. Auf Grund seiner Untersuchungen und theoretischen Erwägungen kommt Uffenorde zu dem Schlusse, dass man mit dem Sondermann'schen Saugapparate sicher im Allgemeinen das Secret aus den Nasennebenhöhlen nicht vollkommen entfernen kann und dass die Diagnosestellung mit dem Saugapparate im Allgemeinen keine exacte sein könne und jedenfalls höchstens bei positivem Ergebniss mit in Betracht zu ziehen sei. Auch die Schwierigkeit der Desinfection der Saugmaske sei ein Hinderniss bei ihrer Verwendung. HECHT.

19) **Frank E. Brawley. Demonstration der Saugmethode zur Diagnose der Sinuserkrankungen. (Demonstration of the suction method in diagnosing sinus disease.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Der Apparat, den Verf. construirt hat, besteht aus einer Pumpe („Victor four-way-pump"), die mit einem elektrisch betriebenen Motor in Verbindung steht. Eine Gummiröhre geht von der Pumpe zu einer Glasflasche, an der sie mittels einer kurzen gebogenen Glasröhre, die durch einen Gummistopfen hindurchgeht, befestigt ist. Ein zweites längeres Glasrohr geht fast bis auf den Boden der Flasche und ist verbunden mit einem Gummirohr, das zu dem Nasenstück führt. Dieses ist Y-förmig mit Glasansätzen am Ende jedes Arms des Y.

Für die Untersuchung wird die Nase gut mit $^1/_2$ proc. Cocain und $^1/_{100000}$ Adrenalin ausgepritzt. Alle dann noch in der Nase haftenden Borken werden durch Wattetupfer entfernt. Dann werden die Enden der Nasenansätze fest in die Nasenlöcher eingesetzt und die Pumpe wird in Bewegung gesetzt. Pat. wird angewiesen, „Kick" zu sagen oder den Buchstaben „K" auszusprechen, indem er eine prolongirte Anstrengung macht, Gaumensegel und Zunge in der Stellung festzuhalten, die erforderlich ist, um die erste Hälfte des „K" zu bilden, indem das explosive Geräusch, das diesen Laut vollendet, fortgelassen wird. Wird eine Sinuserkrankung vermutet, so kann man den Kopf so beugen, dass das Ostium des Sinus der niedrigste Punkt wird; das ist besonders nöthig bei dickflüssigem zähem Secret. Nach

5 Minuten langer Anwendung der Pumpe wird die Nase wieder sorgfältig untersucht und wenn Secret an einer der charakteristischen Stellen gefunden wird, so kann der Versuch nach einiger Zeit zur Sicherung der Diagnose wiederholt werden.

EMIL MAYER.

20) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die rhinoskopische Diagnose und Behandlung der Kiefercysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI S. 502.*

G. berichtet über 9 Fälle; die Hauptpunkte seiner Beobachtungen fasst er in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die meisten Zahncysten wachsen früher oder später auch gegen den Nasenboden empor. 2. Die meisten Zahncysten sind deshalb auch rhinoskopisch zu diagnosticiren. 3. Das rhinoskopische Merkmal ist eine unter dem vorderen Ansatz der unteren Muschel erscheinende Vorwölbung unter normaler, nur gedehnter oder verdünnter Schleimhaut, bei Druck meist nachgebend und fluctuirend, eine blaue Farbe annehmend; bisweilen eine doppelte untere Muschel, bisweilen einen dem Nasenboden aufsitzenden Polypen vortäuschend. 4. In manchen Fällen von kleineren Cysten ist dieses rhinoskopische Symptom das einzige. 5. Die geeignete Therapie ist bei den kleineren Cysten die Eröffnung von der Nase aus; bei der grösseren die Excision der vorderen Cystenwand (Partsch) und das Hineinklappen eines mit seiner Basis am Alveolarfortsatz sitzenden Schleimhautlappens. 6. Dieselbe Therapie empfiehlt sich auch für solche Kieferhöhlenempyeme, die man aus irgend einem Grunde von der Fossa canina aus offen behandeln zu müssen glaubt.

F. KLEMPERER.

21) **George E. Shambough. Fall von Kieferhöhlen- oder Zahncyste. „Hydrops der Highmorshöhle". (Case of maxillary or dental cyst. „Hydrops antri Highmori".)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Fälle, bei denen sich eine Auftreibung der facialen Antrumwand findet, die auf Druck das charakteristische Knistern giebt, sind solche von erweiterter Zahncyste. Kleine Cysten dieser Art sind keineswegs ungewöhnlich. Sie sind wahrscheinlich stets das Resultat einer Reizung durch eine Zahnretention oder eine Wurzelentzündung. Es bildet sich eine cystische Höhle, für die durch Resorption der umgebenden Gewebe Raum geschaffen wird. Diese Zahncysten bringen bisweilen eine Vorwölbung im Dach der Mundhöhle hervor, bisweilen erstrecken sie sich aufwärts in die Highmorshöhle, die sie zum grossen Theil ausfüllen können oder sie können, wie im vorliegenden Fall eine Auftreibung der facialen Sinuswand bewirken. Für letztere Fälle war früher die Bezeichnung „Hydrops antri" im Gebrauch.

EMIL MAYER.

22) **M. H. Gill. Highmorshöhlenerkrankung. (Disease of the maxillary sinus.)** *Yale Medical Journal. März 1906.*

In der Mehrzahl der Fälle ist das Empyem nasalen und nicht dentalen Ursprungs. Verf. weist auf die Häufigkeit von Augencomplicationen hin.

EMIL MAYER.

23) **Destot** (Lyon). **Radiographie bei Kieferhöhlenempyemen. (Radiographie dans les sinusites maxillaires.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 29. März 1906.*

Die Radiographie gestattet, Cysten oder Abscesse in anscheinend gesunden Zähnen aufzufinden; sie gestattet ferner, unter den schlechten Zähnen diejenigen festzustellen, die mit dem Sinus in Verbindung stehen; schliesslich kann man vermittels ihrer die Empyeme nasalen Ursprungs von denen dentalen Ursprungs unterscheiden.

PAUL RAUGÉ.

24) **C. F. Theisen. Die Behandlung acuter und chronischer Oberkieferhöhleneiterung. (The treatment of acute and chronic maxillary sinusitis.)** *Albany Medical Annals. Mai 1906.*

Verf. meint, dass die Ausspülung der Höhle von der natürlichen Oeffnung aus in acuten Fällen nur sehr selten gelingt. Bei chronischen Fällen helfen intranasale Operationen nur ausnahmsweise; es sind dann nasale Operationen erforderlich.

EMIL MAYER.

25) **H. Hoolbrook Curtis. Einige Fälle von intrasanal behandeltem Highmorshöhlenempyem. (Some cases of maxillary sinus empyema treated intranasally.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Verf. berichtet über zwei sehr hartnäckige Fälle, die mittels breiter Eröffnung von der Nase aus, Tamponade und Ausspülung mit sehr gutem Erfolg behandelt wurden. Auf diese und 20 ebenso behandelte Fälle, bei denen vorher keine Operation von der Mundhöhle aus gemacht worden war, gestützt, behauptet Verf., dass $^4/_5$ aller Fälle von Empyem des Antrum erfolgreich ohne Narkose so behandelt werden können, dass die nasale Wand theilweise oder ganz entfernt wird.

EMIL MAYER.

26) **A. Witzel** (Wiesbaden). **Jodoformemulsion zur Ausspritzung von Highmorshöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 536.*

Jodoformspiritus in Wasser getropft giebt eine Emulsion, in der das Jodoform sich lange genug in feinster Vertheilung suspendirt erhält, um eine Ausspritzung damit vornehmen zu können. Bei Highmorshöhlenempyem erzielte W. mit einer derartigen Ausspritzung bereits Verschwinden des üblen Geruchs, nach wiederholten Durchspülungen mit Jodoformemulsion hörte die krankhafte Secretion auf.

F. KLEMPERER.

27) **K. Bucher** (Karlsruhe i. B.). **Zur Radicaloperation der chronischen Kieferhöhleneiterung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1906.*

Bericht über 12 weitere in der Jurasz'schen Klinik operirte Fälle unter Mittheilung der Krankengeschichten. Hauptbedingung für den Erfolg dieser Methode ist, „dass der Gaumen flach und die Alveolarbucht hinreichend breit ist". Unter Lokalanästhesie breite Eröffnung von der Alveole aus, eventuell mit Abtragung einer kleinen Partie der facialen Wand, so dass man mit dem Endglied des kleinen Fingers in das Antrum eingehen kann. Ausräumung der Höhle unter Kontrolle des Auges (directe Beleuchtung mit Kirstein'scher Lampe) mit dem scharfen Löffel, nach Cocainisirung der Schleimhaut; Ausspülung mit physiologischer

NaCl-Lösung, lockere Jodoformgazetamponade. Abschluss der Operationsöffnung nach dem Munde hin durch auskochbare Platte aus Metallblech, die für jeden Fall nach einem Gipsabguss angefertigt und an den benachbarten Zähnen befestigt wird. Nachbehandlung mit Spülungen. Bei fast allen Fällen trat nach einer Reihe von Wochen Heilung ein unter vollkommen narbigem Verschluss der gesetzten Alveolarwunde.
HECHT.

28) **v. Behm** (Erfurt). **Eine eigenartige Schussverletzung der Kieferhöhle.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1906.*

Bei einer in Folge einer Schussverletzung entstandenen Kieferhöhleneiterung wurde durch Eröffnung der Kieferhöhle ein aus derselben in die Nase ragender Fremdkörper entfernt, der sich als der Mündungsdeckel eines Infanteriegewehres ergab. Der Heilungsverlauf war bei Verschwinden aller Beschwerden ein glatter, reaktionsloser, unter vollkommener Abheilung des Empyems.
HECHT.

29) **Richard H. Johnston. Epitheliom der Highmorshöhle. (Epithelioma of the antrum of Highmore.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Verf. meint, man solle, wenn der Pat. 60 Jahre alt oder noch älter ist, das Antrum eröffnen und die Höhle curettiren; wenigstens glaubt er, dass in dem von ihm berichteten Fall das Leben des Patienten dadurch verlängert worden wäre, obwohl der Tumor bereits in die Orbita hineingewachsen war.
EMIL MAYER.

30) **Parascandolo** und **De Meis. Anatomie und Pathologie der Stirnhöhlen. (Anatomia e Patologia dei seni frontali.)** *Il Morgagni. Juli 1905.*

Verf. haben bei 37 Hunden ein künstliches Stirnhöhlenempyem geschaffen, indem sie vollvirulente Staphylokokken in die von aussen eröffnete Höhle hineinbrachten. Sie haben dann bei den Thieren verschiedene Operationsmethoden in Anwendung gebracht, um das Empyem zur Heilung zu bringen. Sie kommen zu dem Resultat, dass man eine Obliteration erwarten kann, wenn die Höhle klein ist und wenn auch die Siebbeinzellen entfernt werden, bei grossen Höhlen ist die Entfernung der vorderen oder der vorderen und hinteren Wand nicht gerechtfertigt, weil die resultirende Deformität sehr gross ist, ohne dass man eine Heilung garantiren könnte; hier empfiehlt sich mehr die Anlegung einer breiten Communication nach der Nase zu.
FINDER.

31) **Rossi Marcelli. Ueber chronische Stirnhöhlenempyeme in Beziehung zur Möglichkeit von Geruchsstörungen. (Sulle sinusiti chroniche frontali in rapporto alla possibilità di alterazioni olfattive.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1906.*

Die Arbeit ist eine experimentelle. Verf. hat bei zwei Hunden künstlich ein Stirnhöhlenempyem erzeugt, indem er die Höhle von aussen öffnete und bei dem einen Thier in diese virulente Staphylokokken, bei dem anderen virulente Typhusbacillen einbrachte. Der eine Hund wurde nach 60 Tagen, der andere nach drei Monaten getödtet. Ausser den an den Knochen und der Schleimhaut der Stirn- sowie der Nasenhöhlen gefundenen und im Detail wiedergegebenen Veränderungen interessirt hier besonders, dass Verf. bei der Untersuchung der Riechschleimhaut feststellen konnte, dass in Folge der Wirkung des darüberfliessenden Eiters an

manchen Stellen die Schleimhaut und die in ihr enthaltenen Riechneuronen zerstört waren, woraus resultirt, dass bei den Versuchsthieren ein erheblicher Grad von Herabminderung des Geruchsvermögens bestanden haben muss. Diese ist peripherer Natur; der Bulbus olfactorius war intact.

FINDER.

32) **Harris Peyton Mosher. Entzündung der Stirnhöhle. (Inflammation of the frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. Juni 1906.*

Ueber die Ausdehnung der Stirnhöhle giebt allein die Röntgenuntersuchung sicheren Anhalt; in vielen Fällen klärt sie auch darüber auf, ob Eiter in der Höhle vorhanden ist oder nicht. In acuten Fällen ist die Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel die beste Behandlungsart. In chronischen Fällen soll man zunächst Syphilis als ätiologisches Moment ausschalten können. Verf. bespricht dann die verschiedenen radikalen Operationsmethoden.

LEFFERTS.

33) **Dollinger. Kosmetischer Erfolg nach Killian'scher Radicaloperation der Stirnhöhlenempyeme.** *Orvosi Hetilap. No. 13.*

Der Kranke gelangte mit einer Fistel an der Vorderwand des rechten Sinus frontalis zur Aufnahme. Während der Operation stellte es sich heraus, dass zwischen den Stirnhöhlen keine Scheidewand besteht und dass rechterseits die laterale Wand in der Grösse einer Krone (Mark) fehlt und an dieser Stelle die Dura freiliegt. Nach der Operation entstand in der Höhle eine dieselbe ausfüllende Blutung, welche sich organisirte. Ueber der rechten Stirnhöhle ist nur eine ganz geringe Abflachung zu bemerken.

v. NAVRATIL.

34) **Jacques. Stirnhöhlenempyem mit Osteitis der vorderen und spontaner symmetrischer Dehiscenz der hinteren Wand. (Sinusite frontale suppurée avec ostéite de la table antérieure et déhiscence spontanée et symmétrique de la table postérieure.)** *Rev. médicale de l'Est. No. X. 1900.*

Die äusseren Veränderungen zwangen den Operateur, das Kuhnt'sche Verfahren anzuwenden; das Resultat war ein gutes.

BRINDEL.

35) **Gerber** (Königsberg). **Rhinogener Hirnabscess.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 208.*

Schwere Stirnhöhlenerkrankung im Anschluss an eine Influenza und zwar zuerst links oder doch zuerst links nachweisbar, wo sich rhinoskopisch die typische Blennorrhoe nachweisen lässt. Die Beschwerden sind von auffälliger Heftigkeit, so dass Pat. selbst auf Operation dringt. Nach der Operation auf dieser Seite gewöhnlicher Verlauf. Nach ca. 14 Tagen erneutes Fieber und Schmerzen, sowie Schwellung rechts — bei Abwesenheit aller rhinoskopischen Symptome. Drei Wochen nach der 1. Operation wird die rechte Stirnhöhle eröffnet, man findet die vordere Wand in ziemlich weiter Ausdehnung sequestrirt. Es kommt zu Caries der Hinterwand und Abscess im rechten Stirnhirn, die trotz einer 13 Tage später vorgenommenen dritten Operation zum Tode führen. Die Schwere der rechtsseitigen Affection ist sehr wahrscheinlich durch die Verschliessung oder Verlegung des Ductus nasofrontalis zu erklären, die den Abfluss des Eiters verhinderte. Eine frühzeitige Operation rechts — gleichzeitig mit dem Eingriff links — hätte viel-

leicht den Ausgang anders gestalten können, allein zu dieser Zeit war die rechtsseitige Affection noch völlig symptomlos und undiagnosticirbar. F. KLEMPERER.

36) **Alex. Iwanoff** (Moskau). **Ueber einen Fall von primärem Carcinom des Sinus frontalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 520.*

Pat. war 75 Jahre alt: die Krankheitsdauer betrug von den ersten rhinitischen Symptomen an bis zum Tode $1\frac{1}{2}$ Jahre. Section konnte nicht gemacht werden. Die histologische Untersuchung der bei der Operation entfernten Geschwulststückchen ergab ein Epitheliom, welches nach Verf.'s Meinung vielleicht aus den Basalzellen des metaplasirten Pflasterepithels sich entwickelt hat.

F. KLEMPERER.

37) **J. A. Stucky. Fall von chronischer Siebbeineiterung, Sarkom des rechten Schläfen-Keilbeinlappens. (Case of chronic suppurative ethmoiditis, sarcoma of right temporo-sphenoidal lobe.)** *Journal of the American Medical Association. 28. April 1906.*

Der Fall betrifft einen 51 jährigen Mann. Das Sarkom wurde bei der Autopsie entdeckt: die Symptome hatten für eine Drucksteigerung auf der linken Seite gesprochen, während der Tumor sich rechts fand. Verf. erörtert, welche Symptome dem Tumor und welche dem Empyem zuzuschreiben waren. EMIL MAYER.

38) **Francis G. Buchanan. Ein Fall von Erkrankung der Keilbeinhöhle. (A case of sphenoidal sinus disease.)** *Denver Medical Journal. Juli 1906.*

Im vorliegenden Fall erfolgte die Drainage der erkrankten Höhle von selbst.

EMIL MAYER.

39) **A. Schlungbaum** (Berlin). **Keilbeinhöhlen von grosser Ausdehnung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 514.*

Beschreibung und Abbildung von 5 Keilbeinhöhlen, die sich durch besonders grosse Ausdehnung nach der einen oder anderen Richtung unter einer sehr grossen Anzahl untersuchter Keilbeinhöhlen hervorthaten. F. KLEMPERER.

40) **Egmont Baumgarten** (Budapest). **Neue Beiträge zur Aetiologie zur Erkrankung der knöchernen Keilbeinhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI.*

Verf. berichtet über drei Fälle, in denen er die Nebenhöhlenerkrankung mit Arteriosklerose bezw. Erkrankung des Herzens in ätiologischen Zusammenhang zu bringen geneigt ist. Ob Blutungen in Knochen, die durch Zerreissung der Knochengefässe erfolgten, oder Embolien oder Verengerungen des Lumens die vermittelnde Rolle spielen, lässt er dahingestellt. F. KLEMPERER.

41) **A. Onodi** (Budapest). **Zur Frage der endonasalen breiten Eröffnung der Keilbeinhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd XVI. S. 454.*

Im vorliegenden Kapitel berichtet Verf. über topographisch-anatomische Untersuchungen und Messungen an der Keilbeinhöhle, die er durch zahlreiche Abbildungen illustrirt. In einem kurzen Referat lassen sich die Ergebnisse derartiger Forschungen naturgemäss nicht wiedergeben. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

42) **Bunge** (Königsberg). **Zur Technik der Uranoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 80. 1906.*

Von vorwiegend chirurgischem Interesse. SEIFERT.

43) **Franz Kuhn** (Kassel). **Wolfsrachen und perorale Tubage.** *Mit 1 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1906.*

Autor empfiehlt ebenso wie für Operationen bei Nasenrachentumoren auch für den operativen Verschluss des Wolfsrachens die perorale Tubage. Diese ermöglicht in Folge der Continuirlichkeit der Narkose eine wesentliche Beschleunigung der Operation, ferner eine „Beseitigung bezw. Verwendung der sonst so hinderlichen Zunge“. Die Zunge wird mittels eines vom Autor angegebenen Spatels nach hinten gepresst und wirkt so neben dem im Rachen befindlichen Tampon bei der Tamponade mit und wird zugleich dadurch aus dem Bereiche des Operationsfeldes und der Zähne entfernt. „Ein zweiter Punkt bei der Anwendung der Intubation ist die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes nnd die Reinlichkeit bei der Anfrischung, Tamponade und Naht. HECHT.

44) **Kuhn** (Kassel). **Die perorale Intubation mit und ohne Druck.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 78. 1906.*

Beschreibung des gesammten nothwendigen Instrumentariums für die Ueberdrucknarkose mit peroraler Intubation, sowie eine Entwickelungsgeschichte dieses Instrumentariums. SEIFERT.

45) **Suchannek** (Zürich). **Pathologie und Therapie der acuten Entzündungen des Rachenringes.** *Bresgen's Samml. zwanglos. Abhandl. VIII. 8. 1906. Verlag Carl Marhold. Halle a. S.*

Nach eingehender Besprechung der Anatomie, der Physiologie resp. der pathologischen Bedeutung des adenoiden Gewebes des Rachens stellt S. die bacteriologischen Befunde bei den Anginen zusammen, aus deren Vielgestaltigkeit hervorgeht, dass sie kein Eintheilungsprincip abgiebt.

Verf. erwähnt kurz die Angina lacunaris bezw. pseudomembranacea, „follicularis“, „rheumatica“, „arthritica“, cachectica, „lyssica“, toxica, morbillosa, scarlatinosa, tuberculosa, luica, actinomycotica und bespricht eingehender die Angina herpetica, von denen er zwei Fälle beobachtete, das gutartige Pharynxgeschwür (Hering), die gutartige fibrinöse Pharyngitis, die er einmal nach Influenza sah, die Angina phlegmonosa, gangraenosa, Angina Plautii s. Vincentii, und besonders die Angina lacunaris mit ihren Folgekrankheiten, den intra- und peritonsillären Abscess und den chronischen Abscess, die bei frisch auftretenden Tonsillitiden zu pyämischen Abscessen und Eitersenkungen ins Mediastinum führen können, und die Angina retronasalis. Sodann kommt S. auf die Beziehungen der Angina zum acuten Gelenkrheumatismus, den er als eine abgeschwächte Pyämie

ansieht, sowie zur Endocarditis acuta, Chorea, zum Erythem, scarlatinaähnlichem Exanthem, zur Purpura, Paranephritis metastatica, Pleuritis resp. Pneumonie oder Pericarditis, Otitis media, Erysipelas pharyngis, Phlegmone, Phlebitis und Thrombosis, Osteomyelitis, Knochennekrosen und -abscedirungen, Appendicitis, Strabismus und Paraglegie, Dacryoadenitis, Parotitis, Thyreoiditis, Orchitis und Oophoritis, Meningitis, Sepsis und Pyämie, Sklerodermie und Geistesstörung zu sprechen.

Alsdann wird die Differentialdignose, die Prognose, Prophylaxe und Therapie abgehandelt. Im Beginn der Erkrankung empfiehlt sich am meisten Chinin, bei wesentlicher Mandelschwellung Expression des Lacuneninhaltes. Nach Ablauf von 24 Stunden ist die Chininwirkung unsicher. Dann macht S. 1 proc. Kreosotinjectionen, von Gurgelungen hält er nicht viel. Einpinselungen von Jodtinctur in die Lacunen hält er für wirksam, ebenso Bepinselungen und Einstäubungen von Natrium perboricum. Eine wesentliche Unterstützung findet die medicamentöse Therapie in der 2—4 mal täglich ausgeübten Massage. Die Streichungen beginnen hinter dem Kieferwinkel und fahren an der medialen Seite der Sternodoidomast. des tiefer und mit dem Rücken gegen den Arzt sitzenden Patienten herab. Nach jeder 5. verticalen Streichung schiebt S. eine horizontale ein, die, unterhalb des Kinnes beginnend, parallel dem Mundboden verläuft und dann unter dem Kieferwinkel senkrecht einige Centimeter abwärts führt.

Beim peritonsillären Abscess sucht S. die Entleerung von der Fossa supratons. aus mittels eines Schielhäkchens zu erzielen, was aber nicht immer gelingt. Ein im Gaumensegel angelegter Schnitt sei nicht zu klein und ihm folge das Einführen einer Kornzange.

Für die Adenotomie verwendet Verf. nur bei ganz unbändigen oder sehr ängstlichen Kindern Chloroform und einen Mundsperrer.

Schliesslich bespricht S. die Mandelschlitzung und die Tonsillotomie resp. die Anlegung der Schlinge bei Mandelhypertrophie und berücksichtigt in eingehendster Weise die Litteratur.

A. ROSENBERG.

46) **Bandelier** (Cottbus). **Die Tonsillen als Eingangspforten der Tuberkelbacillen.** *Beitr. z. Klinik der Tuberculose. Bd. VI. H. 1. 1906.*

Die Tonsillartuberculose entwickelt sich auf dem Boden einer chronischen Entzündung und ist nur mikroskopisch zu diagnosticiren; sie zeigt eine auffallend leichte Erkrankungsform. Tonsillartuberculose bei Lungentuberculose ist eine häufige Erscheinung. Meist handelt es sich um secundäre Sputuminfection, die bei vorgeschrittener Phthise mit reichlichen Bacillen im Auswurf fast die Regel ist. Die Entstehung der secundären Tonsillartuberculose auf dem retrograden Lymphwege von den Lungen aus ist unwahrscheinlich. Primäre Tonsillentuberculose kommt vor als Aspirations- und Fütterungstuberculose und ist nicht so enorm selten, als angenommen wird. Bei der Skrophulose des Kindesalters spielen neben kleinen Wunden der Haut, der Nasen- und Mundhöhle, den cariösen Zähnen zweifellos auch die Rachen- und Gaumentonsillen als Eingangspforten eine Rolle. Für die tuberculöse Infection der Lunge Erwachsener ist den Tonsillen als Eingangspforte eine grosse Bedeutung nicht beizumessen.

SEIFERT.

47) **Abraham Jacobi. Die Tonsille als Ausgangspunkt für Allgemeininfection. (The tonsil as the starting point of systemic infection.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Juli 1906.*

J. lenkt die Aufmerksamkeit auf einige wohlbekannte Thatsachen, die a priori gegen die herrschende Anschauung von der Häufigkeit der Allgemeininfection auf dem Tonsillarwege sprechen. Darunter zählt er das Fehlen von Veränderungen an den benachbarten Lymphdrüsen in Fällen von oberflächlicher Infection der Tonsillen. Anatomisch spricht dagegen das Vorhandensein einer dichten fibrösen Gewebsschicht zwischen dem eigentlichen Gewebe der Tonsille und ihrer Implantation; auch spricht alles gegen die Annahme einer freien Verbindung zwischen Tonsille und dem Gesammtmechanismus durch Lymphgefässe. Verf. wendet sich dann speciell gegen die von George Bacon Wood (American Journal of the Medical Sciences, August 1905) über Infection der Cervicaldrüsen von den Tonsillen aus ausgesprochenen Ansichten. Auch die im Laboratium aus Injectionen gezogenen Schlüsse hält Verf. nicht für beweiskräftig: denn das, was bei einer unter Druck ausgeführten Injection vorgeht, ist nicht dem Eindringen von Mikroorganismen gleichzusetzen. In jedem Falle scheint ihm die grosse Bedeutung, die man den Tonsillen als Eingangspforte bei Infectionen einräumt, zum mindesten fraglich zu sein.

LEFFERTS.

48) **Rabot de Barlatier** (Lyon). **Angina. Coryza pseudo-membranacea. Pneumokokkenconjunctivitis. (Angina. Coryza pseudo-membranacea. Conjonctivite à pneumocoques.)** *Lyon médical. 17. Juni 1906.*

Es handelte sich um einen 61jährigen Patienten. Das Aussehen der Pseudomembranen liess an Diphtherie denken; die bakteriologische Untersuchung zeigte jedoch, dass es sich um Pneumokokken handelte. Die Heilung erfolgte in 10 Tagen.

PAUL RAUGÉ.

49) **Molinié. Massage der Mandeln bei acuter Tonsillitis. (Massage of the tonsil for acute amygdalitis.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juni 1906.*

Die Behandlung, zu der Verf. räth, besteht darin, dass der Arzt seinen Finger in den weit geöffneten Mund des Patienten einführt und von unten nach oben comprimirt und massirt. Auf diesem Wege werden die Concremente und fauligen Producte aus den Krypten ausgequetscht; bisweilen fliesst auch etwas Blut. Obwohl der Eingriff etwas schmerzhaft ist, schafft er grosse Erleichterung und kürzt den Verlauf der Krankheit ab. Ausserdem werden Pinselungen mit 1 proc. Lösung von Phenol in Glycerin gemacht.

LEFFERTS.

50) **Vertner Kenerson. Tod infolge Tonsillareiterung. (Death from suppurating tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Juli 1906.*

Es handelte sich um einen ungewöhnlich schweren Fall von Peritonsillarabscess mit nachfolgender ausgedehnter eitriger Infiltration der Gewebe. Patient starb schliesslich an Sepsis, complicirt mit Larynxödem.

LEFFERTS.

51) **Donogány. Ueber Vincent'sche Angina.** *„Gégészet", Rhinolaryngol. Beilage des „Budapesti Orvosi Ujsag". No. 1. 1906.*

Nach D.'s Erfahrung geht dem ulcerösen Stadium nicht immer die Bildung von Pseudomembranen voran, sondern die erstere tritt sehr oft als selbstständige und primäre Form auf; in manchen Fällen bildet sich das Geschwür aus einer Tonsillitis follicularis heraus. Die Heilung sah er meistens in 8—10 Tagen eintreten. Hier und da ist es schwer, die Krankheiten von einer Diphtherie und von einer primären Sklerose zu unterscheiden. Die Prognose ist meistens günstig.

v. NAVRATIL.

52) **Louis W. Ladd. Vincent'sche Angina. (Vincent's Angina.)** *The Cleveland Medical Journal. Juni 1906.*

Verf. berichtet über 4 Fälle. Er hat Spirochaeten und fusiforme Bacillen gefunden, die morphologisch identisch waren mit solchen, die er bei Lungengangrän und in Faeces, besonders wenn Tendenz zu Diarrhoe besteht, gefunden hat.

EMIL MAYER.

53) **J. Douglas Blackwood jr. Vincent'sche Angina. (Vincent's Angina.)** *Proceedings Pathological Society of Philadelphia. No. IV. 1906.*

Verf. theilt 9 Fälle bei Kindern von 2—10 Jahren mit. In einem Fall wurde im Abstrich von einem gesunden Pharynx ohne Ulceration oder sonstige Erscheinungen der charakteristische Befund constatirt. Unter 21 untersuchten Kindern fand zich bei 8 der Bacillus fusiformis nebst Spirillen, in einem Falle der fusiforme Bacillus allein. Einmal fand sich im Abstrich der Pneumococcus. Ein Pat. war während der ersten 4 Tage komatös; die anderen zeigten keine Allgemeinerscheinungen. Die Drüsen waren nicht mitergriffen.

EMIL MAYER.

54) **Edwin Pynchon. Tonsillotomie durch Elektrocaustik. (Tonsillotomy by electric cautery dissection.)** *Illinois Medical Journal. September 1906.*

Der Aufsatz enthält zahlreiche Abbildungen von Instrumenten, die Verf. angegeben hat, darunter einen Tonsillarhaemostat. Verf. giebt Anweisungen, wie sich Nachblutungen vermeiden lassen.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

55) **Albert Uffenheimer** (München). **Der Nachweis des Toxins in dem Blute des Diphtheriekranken.** *Mit 1 Tabelle. Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1906.*

Auf Grund seiner neueren Untersuchungen kommt U. zu dem Schlusse, dass „alle bisher bekannten bakteriologischen Methoden eine stichhaltige Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillus nicht gestatten", ebensowenig wie Pathogenitäts- und Agglutinationsprüfung, soweit sie nicht positiv ausfallen. Diese Resultate veranlassten Autor, zu prüfen, ob es nicht gelänge, im lebenden Organismus des diphtheriekranken Menschen das Diphtherietoxin nachzuweisen. Er entnahm zu diesem Behufe Blut diphtheriesuspecter Patienten und spritzte das mit NaCl-Lösung versetzte reine Serum Kaninchen unter

die Bauchhaut. In einer Reihe von Fällen ergab die nach 48 Stunden vorgenommene Tödtung und Obduction des Thieres das typische Bild der localen Diphtherie-Giftwirkung, nämlich „die Entstehung eines starken, sulzigen, mit Hämorrhagien durchsetzten Oedems des Unterhautzellgewebes". Auf Grund seiner Versuche, die zwar nicht alle positiv ausfielen, und bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss, kommt Autor zu dem Schluss, „dass manchmal die Toxinprobe den Nachweis einer Erkrankung an echter Diphtherie schneller gestattet, als die bakteriologischen Untersuchungen". Auffallend war, „dass fast alle Fälle, in denen das Diphtheriegift im Blut sich nicht nachweisen liess, resp. wo das Ergebniss der Toxinprobe ein unsicheres war, schwere Erkrankungen an descendirendem Croup waren, von denen ein grosser Theil starb . . ., dass es sich in diesen Fällen daher wohl viel weniger um eine Intoxication handelte, wie in den schweren Fällen der tonsillaren Diphtherie, und dass hier der Tod an Erstickung resp. an der consecutiven Bronchopneumonie erfolgte". HECHT.

56) **Gottlieb Salus** (Prag). **Zur Kenntniss der Diphtherie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 30. 1906.*

Mittheilung einer Reihe Thierversuche zum Studium über „Aggressine". Die Erzeugung von Diphtherieaggressin gelang nicht. Die Ursache für den schweren und schnellen Verlauf der Diphtherieinfection liegt nicht in der etwaigen Bacillenvermehrung, vielmehr stets in der erhöhten Giftwirkung. Dieses Diphtheriegift ist auf Grund der Versuchsresultate als ein Endotoxin, ein in den Bacillen gebildetes, anzusprechen. „Mit dem Beweise der Endotoxinnatur des Diphtheriegiftes ergiebt sich auch die Unhaltbarkeit des allgemeinen Satzes, dass Endotoxine keine Antitoxine bilden." Bezüglich der in extenso mitgetheilten Thierversuche sei auf das Original verwiesen. HECHT.

57) **Charles G. Kerley. Die Dosirung des Diphtherieantitoxins in der Privatpraxis. (The dosage of diphtheria antitoxin in private practice.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1906.*

Verf. giebt am ersten oder zweiten Tage 5000 I.-E.: in der Mehrzahl der Fälle war eine Wiederholung der Dosis nicht nöthig. LEFFERTS.

58) **L. Emmet Holt. Dosirung des Antitoxin bei Diphtherie. (Dosage of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1906.*

Für die Bestimmung der Initialdosis ist mehr die Stärke der membranösen Auflagerung als das Alter des Patienten maassgebend. Eine grosse Anfangsdosis ist mehr werth als zwei- oder dreimal so viel, wenn es später gegeben wird. Das Geheimniss des Erfolges besteht darin, dass man möglichst frühzeitig eine sehr grosse Dosis giebt. LEFFERTS.

59) **L. E. La Fetra. Die Dosirung des Antitoxin bei Diphtherie. (The dosage of antitoxin in of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1906.*

Wenn nach der Anfangsdosis keine Besserung eintritt, so ist das ein Zeichen, dass sie nicht gross genug war. Verf. giebt anfangs 3000 bis 5000 I.-E., nach

12 oder 24 Stunden giebt er, falls keine Ablösung der Membranen eingetreten ist, noch einmal eine angemessene Dosis.

LEFFERTS.

60) **William H. Park. Die Dosirung des Diphtherieantitoxin vom Experimentalstandpunkt aus. (The dosage of diphtheria antitoxin from an experimental standpoint.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1906.*

P. hat während 3 Jahren experimentell die Wirkungen grosser und kleiner Dosen studirt, indem er zwischen ihnen abwechselte. Er ist zu folgender Ueberzeugung gelangt: Die Patienten, die nur 1000 I.-E. empfingen, befanden sich schlechter als jene, bei denen 2000 I.-E. angewendet wurden, und diesen wieder ging es nicht so gut, als jenen, die 3000 I.-E. empfingen. Bei noch höheren Dosen wurde der Unterschied in der Wirkung immer geringer, so dass bei der Anwendung von 6000 I.-E. und 12000 I.-E. kein Unterschied mehr zu constatiren war. Schlechte Folgen hat er jedoch auch nicht nach 3000 und 5000 I.-E. eintreten sehen.

LEFFERTS.

61) **H. Norton Mason. Die Dosirung des Antitoxin bei Diphtherie. (The dosage of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1906.*

Im New-York Infant Asylum sind immunisirende Dosen von Antitoxin bei 400 Patienten angewandt worden und zwar bei Kindern 500 J.E., bei Erwachsenen 1000 J. E. K. In keinem dieser Fälle trat, trotzdem sie der Infection ausgesetzt waren, eine Erkrankung ein. Als Nebenwirkung war in ein paar Fällen Urticaria und in 2—3 Fällen ein Erythem zu verzeichnen, das nach circa 24 Stunden verschwand.

LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Gantz. Zur Frage der Recurrenslähmung bei Herzfehlern. (O porazeniach nerwu zwrotnego pny vadach serca.)** *Medycyna. No. 28. 1906.*

Verf. beschreibt einen Fall von Recurrenslähmung bei einem Kranken der mit einer Mitralinsufficienz behaftet war. Der Druck auf den Recurrens wurde nicht durch hypertrophischen und dilatirten Vorhof, sondern durch eine stark vergrösserte Lymphdrüse, wie es bei der Section nachgewiesen wurde, verursacht. Verf. berichtet endlich von der diesbezüglichen Literatur (Alexander, Quadrone, Gottstein).

A. v. SOKOLOWSKI.

63) **F. V. Törne** (Schweden). **Hysterische Aphonie mit einseitiger Recurrenslähmung. (Hysterisk afoni med ensidig recurrens-förlamning.)** *Hygiea. p. 258. 1906.*

Die funktionelle Natur der Paralyse wurde durch die Behandlung, die nur suggestiv war, bestätigt und ausserdem trat die Aphonie mehrmals wieder ein nach psychischen Insulten.

E. SCHMIEGELOW.

64) **H. Mygind** (Kopenhagen). **Die Paralyse des Musc. cricothyreoideus. (Paralysen af Musc. cricothyreoideus.)** *Hospitals Tidende. 18. Juli 1906.*

Die Arbeit ist im Arch. f. Laryngologie 18. Bd., 3. Heft, S. 403 veröffentlicht.

E. SCHMIEGELOW.

65) **Levinger** (München). **Schwangerschaft und Kehlkopftuberculose. (Zugleich ein Beitrag zur Casuistik der tuberculösen Larynxtumoren.)** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1906.*

Levinger berichtet unter Bezugnahme auf die von Kuttner aufgestellten Thesen über zwei einschlägige Fälle: Bei dem ersten Falle war ein vorher keine Beschwerden verursachender tuberkulöser Tumor der Larynx-Hinterwand in Folge Schwangerschaft derartig gewachsen, dass Athemnoth und bald darauf Erstickungsanfälle — Pat. befand sich bereits im Puerperium — eintraten. Die intralaryngeale Entfernung des Tumors liess sich nicht mehr ermöglichen, es musste zur Tracheotomie geschritten werden. Erst dann wurde in der Folge der Tumor intralaryngeal entfernt, die Operationswunde zeigte gute Heilungstendenz. Die vorher geringen Lungenerscheinungen zeigten bald einen infausten, progredienten Verlauf und die Patientin erlag einer Haemoptoe.

Der zweite Fall, Gravidität, Ende des 5. Monats, zeigte bei relativ gutem Lungenbefund ein zapfenförmiges Infiltrat der Larynx-Hinterwand, das trotz mehrfacher Exstirpation und Kaustverschorfung sehr rasch immer wieder nachwucherte. Diese wohl auf die Gravidität zurückzuführende rasche Wucherung veranlasste die behandelnden Aerzte zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, die Pat. gut überstand. Eine erneute operative Entfernung des tuberculösen Zapfens führte dann zur Dauerheilung der Hinterwand. In beiden Fällen wurde auch die mikroskopische Untersuchung exstirpirter Stücke vorgenommen, deren Befund jedoch für Diagnose und Therapie nicht ausschlaggebend war. Autor weist darauf hin, dass zu einer sicheren Diagnose auf T. B. wohl der ganze Tumor untersucht werden müsste, da exstirpirte Theilstücke oft zu falschen Schlüssen führen können. Levinger führt zum Beweis zwei weitere Fälle von zweifelhafter Kehlkopftuberculose an, bei denen die mikroskopische Diagnose exstirpirter Stücke beide Male nur auf Pachydermie lautete. Anschliessend epikritische Erörterungen, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

66) **Sylvan Rosenheim. Eine seltene Form tuberculöser Laryngitis. Eine tuberculöse Haut zwischen den Stimmlippen. (A rare form of tubercular laryngitis. Tubercular web between the vocal cords.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Die mikroskopische Untersuchung der zwischen den Stimmbändern ausgespannten Haut ergab, dass es sich um tuberculöses Gewebe handelte.

EMIL MAYER.

67) **F. M. Pottenger. Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis mit dem wässerigen Extract von Tuberkelbacillen nebst Bemerkung über die Wirkung specifischer Medication bei der Behandlung der Tuberculose. (The treatment of tuberculous laryngitis with the watery extract of Tubercle Bacilli with remarks upon the action of specific medication in the treatment of tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 21. Juli 1906.*

Verf. berichtet im Detail über 15 mit wässrigen Extract von Tuberkelbacillen behandelte Fälle. S. van Ruck hat die Aufmerksamkeit auf den Unterschied

zwischen wässrigem Tuberkelbacillenextract und Tuberculin gelenkt; ersteres ist das ohne Anwendung von Hitze aus dem Bacillus gewonnene wässrige Extract einer protoplasmatischen Substanz. Nach der Anwendung dieses Extractes hat Verf. im Larynx locale Reactionen auftreten sehen, die jedoch niemals sehr heftig wurden, gewöhnlich kaum subjective Symptome machten und nach kurzer Zeit vorübergingen. Verf. hat zu operativen Maassnahmen nur in 1 pCt. der Fälle schreiten müssen und zwar dann, wenn es sich um Dyspnoe in Folge Infiltration der Glottis handelte.

LEFFERTS.

68) **M. A. A. Foucher. Die intratrachealen Einspritzungen bei der Behandlung der Tuberculose. (Les injections intra-trachéales dans le traitement de la tuberculose.)** *L'Union Médicale du Canada. August 1906.*

Es sollen zuerst kleine Mengen schwacher Lösungen dreimal täglich injicirt werden und zwar von ein paar Tropfen anfangend bis zu 3 ccm steigend. Die Lösung, die zur Anwendung kommt, ist entweder: Menthol 1,00, Eucalyptol 10,00, Ol. Olivar. steril. 100,0 oder: Gomenol 10,00, Ol. Oliv. 100,0. Alle Formen der Tuberculose ausser der Miliartuberculose oder sehr vorgeschrittenen Fällen eignen sich für diese Behandlung. Bei Glottisspasmen, schwerer Haemoptoe, acuten Zuständen in Larynx, Trachea und Bronchien soll sie nicht angewendet werden.

EMIL MAYER.

69) **Cullen F. Welty. Indicationen und Contraindicationen bei intralaryngealen Operationen wegen Kehlkopftuberculose, nebst Bericht über 3 Fälle. (Indications and contraindications for intralaryngeal operation in tuberculosis of the larynx with report of three cases.)**

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen, die sich auf 30—40 Fälle belaufen, ein Anhänger der endolaryngealen Chirurgie bei Larynxtuberculose, wenn es sich um Fälle im passiven oder ruhenden Stadium handelt. Die drei Fälle, über die er im Detail berichtet, sind folgende: Im ersten handelt es sich um einen 29jährigen Mann. Die verdickte Hinterwand wurde entfernt und mit 80 pCt. Milchsäure cauterisirt. Besserung. Nach 6 Wochen wurde Pat. ins Gebirge geschickt, wo sich sein Allgemeinzustand sehr besserte; jedoch waren die Aryknorpel oedematös, es trat Dyspnoe ein, Pat. verweigerte die Tracheotomie und starb 6 Monate später.

Im zweiten Fall wurde gleichfalls die verdickte Hinterwand entfernt und Milchsäure angewendet, worauf die Symptome von Seiten des Kehlkopfs verschwanden.

Im dritten Fall wurde die ulcerirte Oberfläche der Epiglottis entfernt und mit 80 proc. Milchsäure geätzt. Pat. lebte noch 60 Tage.

EMIL MAYER.

70) **Baer. Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenstrahlen. (Treatment of laryngeal tuberculosis by the sun's rays.)** *N. Y. Medical Journal. 25. August 1906.*

Verf. hat die Sargo'sche Methode in 2 Fällen angewandt. Das Verfahren ist folgendes: Patient sitzt vor einem Spiegel mit dem Rücken gegen die Sonne. Dann wird die Zunge mit einer Hand gehalten, mit der anderen der Kehlkopf-

spiegel so eingeführt, dass die Sonnenstrahlen in den Larynx reflectirt werden. Die Sitzung dauert 15—25 Minuten. Die in beiden Fällen erhaltenen Resultate waren sehr gut.

LEFFERTS.

71) George L. Richards. **Wie sollen sich öffentliche Sanatorien gegenüber Fällen von Kehlkopftuberculose verhalten? (What should be the attitude of public sanatoria toward cases of tubercular laryngitis?)** *Boston Medical and Surgical Journal. 9. August 1906.*

Aus den Statistiken, die Verf. auffinden konnte, ging hervor, dass mindestens in 15—20 pCt. aller Fälle von Tuberculose sich Veränderungen im Larynx finden; nach anderen Angaben ist das Verhältniss noch höher. Fälle im Frühstadium und im Beginn der Erkrankung eignen sich besonders für Behandlung in Sanatorien, wo Schweigen und geeignetes Regime angewandt werden kann.

EMIL MAYER.

72) A. Hecht (Beuthen Ober-Schl.). **Zur Opiumbehandlung der Larynxstenose im Kindesalter.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1906.*

Autor glaubt in einem kürzlich in der gleichen Wochenschrift erschienenen Aufsatz Rosenbachs, auf den hier nicht weiter eingegangen werden kann, eine Bestätigung für den Erfolg der Opiumbehandlung gefunden zu haben. Diese kann jedoch „nur für solche Fälle von diphtheritischer Larynxstenose Geltung haben, welche nicht durch Membranbildung, sondern durch ödematöse Schwellung der Kehlkopfschleimhaut bedingt sind. Da dieses Oedem durch den Klebs-Löffler-schen Bacillus hervorgerufen ist, muss der Opiumbehandlung die Anwendung des Behring'schen Heilserums vorhergehen. Combinirt mit Letzterem vermag die Opiumbehandlung in leichten Diphtheriefällen die Tracheotomie zu ersetzen“.

HECHT.

73) Theodor (Königsberg). **Larynx- und Trachealstenosen, mit besonderer Berücksichtigung eines durch Thymusexstirpation geheilten Falles.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 63. 1906.*

Die nicht diphtherischen Kehlkopfstenosen können durch Kehlkopferkrankungen (Laryngitis, Fremdkörper, Syphilis, Tuberculose), durch Krampfzustände (Laryngospasmus, Pertussis) als nervöses Asthma, sowie durch Thymusvergrösserung bedingt sein. Theodor beschreibt einen Fall mit schweren Asthmaanfällen, sowie einen Fall von Asthma thymicum bei einem zweijährigen Kinde, das nach Entfernung der Thymus geheilt wurde.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

74) Roswell Park. **Was lehren die neueren Untersuchungen der Thyreoidea und Parathyreoidea in Bezug auf die Behandlung des Morbus Basedow? (What do recent studies regarding the thyroids and parathyroids teach concerning the treatment of exophthalmic goitre?)** *Medical Review of Reviews. Juli und August 1906.*

Obwohl wir gelernt haben, den Parathyroiddrüsen in der Pathogenese der

Erkrankung eine wichtige Rolle zuzutheilen, haben wir für die Behandlung des Morbus Basedow bisher keine praktischen Ergebnisse daraus ziehen können. Unter den medicamentösen Behandlungsmethoden giebt die Serumtherapie die besten Resultate; versagt sie, so tritt die chirurgische Behandlung in ihre Rechte. Bevor man sich zwischen Thyreoidectomie und Sympathicusresection entscheidet, sollte eine sorgfältige Augenuntersuchung gemacht werden. EMIL MAYER.

75) **John Rogers. Die Anatomie der Parathyroiddrüsen. (The anatomy of the parathyroid glands.)** *N. Y. Medical Records. 11. August 1906.*

Rogers und Ferguson haben gefunden, dass die Parathyroiddrüsen im Allgemeinen hinter und nach innen von den seitlichen Schilddrüsenlappen liegen. Sie sind klein und haben die Neigung, sich sehr leicht zu zersetzen. Sie haben bohnen- oder nierenförmige Gestalt, sind im Allgemeinen von Fett umgeben und besitzen durchschnittlich einen Durchmesser von 0,6 cm. Ihre Farbe ist roth oder gelblich-braun. Verf. hat die Drüsen bei Individuen aller Lebensalter gefunden. Bei Kindern sind sie im Verhältniss zur Grösse des Individuums grösser als bei Erwachsenen. LEFFERTS.

76) **W. G. Mc. Callum. Chirurgische Verhältnisse der Parathyroiddrüse. (Surgical relations of the parathyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1906.*

Es ist bekannt, dass die Parathyroidea bei den Erscheinungen, die sich nach chirurgischen Eingriffen an der Schilddrüse einstellen, von grosser Bedeutung ist; auch ist beobachtet worden, dass sie in engem Zusammenhang mit Tetanie gastrischen Ursprungs steht. Es ist bewiesen, dass Tetanie und sonstige convulsivische Erscheinungen und acute Reactionen, die nach völliger Entfernung der Schilddrüse auftraten, nicht auf die Entfernung der Schilddrüse allein, sondern auf die Entfernung der Parathyroiddrüsen zurückzuführen sind. Man hielt die Tetanie für eine Folge der Autointoxication; diese Anschauung wurde gestützt durch die Thatsache, dass man bei den Versuchsthieren die Tetanie durch Kochsalzinfusionen für 1—2 Tage zum Verschwinden bringen konnte. Wollte man aber mit dem Blut eines solchen tetanischen Thieres bei einem anderen Thiere Tetanie hervorrufen, so fiel dieser Versuch negativ aus. In jedem Fall entsteht ein auf das Centralnervensystem ähnlich wie das Tetanusgift wirkendes Toxin, das durch die Parathyroidwirkung oder — bei experimenteller Tetanie — durch Parathyroidextract neutralisirt wird. Die tödtlichste Form der Tetanie wurde bei Hunden hervorgerufen; waren sie schon fast moribund und gab man ihnen dann Parathyroidextract, so trat prompt Heilung ein. Es erwies sich möglich, dies 2—3mal zu wiederholen; die Heilung hielt für lange Zeit an. Verf. hat die Parathyroiddrüsen in 9 Fällen von Morbus Basedow sorgfältig untersucht und sie völlig normal gefunden, so dass er nicht sich zu der Ansicht bekennen kann, dass sie irgend etwas mit dieser Erkrankung zu thun haben. LEFFERTS.

77) **Vincent. Die Schutzwirkung der Schilddrüse. (The protective value of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1906.*

Die Thatsache, dass man im Verlauf vieler Infectionskrankheiten eine An-

schwellung der Schilddrüse beobachtet, macht die Annahme wahrscheinlich, dass diese neben ihren anderen Funktionen auch die eines Schutzorgans erfüllt. V. hat auch bei Rheumatismus eine schmerzhafte Anschwellung der Drüse gefunden. Diese Anschwellung betrifft beide Lappen, zeigt sich im Anfangsstadium der Erkrankung und verschwindet mit dem Fieber und den Gelenkerscheinungen, tritt aber mit jedem Recidiv des Rheumatismus wieder auf. In leichten und chronischen Fällen wird diese Erscheinung nicht beobachtet. V. sieht in der Anschwellung der Schilddrüse nicht eine blosse Betheiligung des Organs an dem rheumatischen Process, sondern einen Ausdruck ihrer gesteigerten Function im Kampf gegen die Infection.

LEFFERTS.

78) **T. Mancioli. Echinococcuscyste des rechten Schilddrüsenlappens mit spontanem Durchbruch in den Larynx. (Cisti di echinococco del lobo destro della tiroide apertasi spontaneamente nella laringe.)** *Atti delle Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica della Università di Roma. 1905.*

Der 31jährige Patient bemerkte seit einem Vierteljahr eine allmälig sich vergrössernde Geschwulst am Halse. Eines Abends bemerkte er ein Fremdkörpergefühl in der Kehle und entleerte ohne Husten aus dem Munde nacheinander vier mit Flüssigkeit gefüllte Cysten; die Entleerung solcher Cysten, die erbsen- bis maiskorngross waren, dauerte während der folgenden Tage fort. Gleichzeitig verkleinerte sich die vorher orangengrosse Anschwellung erheblich. Laryngoskopisch sah man die rechte Aryknorpelgegend stark geschwollen; man sah hier einen Schleimhautfetzen mit gelappten Rändern, der bei der Athmung flottirte. Drückte man mit der Hand auf die Halsschwellung, so quoll unter dem Schleimhautlappen eine grosse Menge gelber, foetider Flüssigkeit hervor. Der Schleimhautlappen war seiner Form nach die Schleimhaut, die die innere Fläche des Aryknorpels bekleidete.

Die Echinokokkencyste des rechten Schilddrüsenlappens wurde operativ entfernt.

FINDER.

79) **Geo P. Miller** und **John Speese. Maligne Erkrankung der Schilddrüse. (Malignant disease of the thyroid gland.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. Juni 1906.*

Verf. hat aus der Litteratur 117 Fälle von Sarkom und 31 von Carcinom der Schilddrüse zusammengestellt. Das Verhältniss der erkrankten Weiber zu Männern ist 3 : 2; die grösse Zahl (53 pCt.) betrifft Patienten im Alter von 40—60 Jahren, nur 11 Fälle traten bei Personen unter 30 Jahren auf. In 53 pCt. der Fälle bestand vorher eine Struma, die bei mehr als der Hälfte schon über 10 Jahre dauerte. Rund- und Spindelzellensarkome sind die häufigsten Typen des Sarkoms, unter den Carcinomen herrscht das Adenocarcinom vor. Papilläres cystisches Adenocarcinom ist die prognostisch günstigste Form. Von den Metastasen werden am häufigsten Lungen und Knochen betroffen. Mindestens 70 pCt. der Fälle verlaufen tödtlich.

EMIL MAYER.

80) **John Rogers. Die Behandlung des Thyreoidismus durch ein specifisches Serum. (The treatment of thyroidism by a specific serum.)** *Journal of the American Medical Association. 1. September 1906.*

Es sind über 30 Fälle behandelt worden; 8 davon wurden völlig geheilt. Bei 16 Patienten trat erhebliche Besserung und Nachlass der subjectiven Beschwerden ein, obwohl manche objectiven Symptome, wie Tremor und Exophthalmus bestehen blieben. Bei 9 Fällen trat keine Beeinflussung ein.

Die Injectionen wurden alle 48 Stunden gemacht. Am wenigsten wirksam erwies sich das Serum in Fällen von alten, grossen, fibrösen Schilddrüsen. War die Hyperplasie weich, so war eine 6 Monate dauernde Behandlung erforderlich.

EMIL MAYER.

81) **Konrad Alt** (Uchtspringe-Altmark). **Ernährungstherapie der Basedow'schen Krankheit.** *Mit 7 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 24. 1906.*

Bezugnehmend auf seine früheren Mittheilungen über die Erfolge der Ernährungstherapie bei Myxidioten berichtet Autor über eine Reihe Basedow-Kranker, bei denen er unter genauer Stoffwechselcontrole durch eine entsprechende Ernährungstherapie auffallende Erfolge erzielte. Der Niereninsufficienz wurde durch Verringerung der Kochsalzzufuhr auf etwa 4 g täglich und Beschränkung des Trinkens Rechnung getragen, die Verabreichung von Kohlehydraten entsprechend der jeweiligen niedrigen Toleranzgrenze herabgesetzt, die Nahrung durch Eiweiss und namentlich viel Fett kalorisch sehr hochwerthig gestaltet, wobei sich auch insbesondere Milch, Schlagsahne und ungesalzene Butter als werthvoll erwiesen. Unter solcher Ernährung gelang es ganz ausnahmslos eine durch Ansatz von Körpersubstanz bedingte und nicht auf Wasserzurückhaltung beruhende bedeutende Erhöhung des Körpergewichts, einen sehr beträchtlichen Rückgang aller Basedowsymptome und auch eine wesentliche Steigerung der Leistungsfähigkeit der vordem insufficienten Organe zu erzielen. Krankengeschichten und Photographien der Patientinnen vor und nach der Behandlung sind der Arbeit beigefügt.

HECHT.

82) **M. Fischer** (Zehlendorf bei Berlin). **Herzneurosen und Basedow.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1906.*

Es giebt Fälle von „Formes frustes" des Basedow, bei denen infolge ungenügender Diagnose die auf „Neurasthenie, Anämie oder Herzneurose" behandelten Patienten sich allen Nervenmitteln, Tonicis etc. gegenüber refractär verhalten. Autor wandte bei solchen Kranken mit Herzerscheinungen, bei denen sich eine nur geringfügig vergrösserte Thyreoidea vorfand, mit eclatantem Erfolg eine Rodagencur an. „Während ausgesprochene Basedowfälle grössere Gaben, 3 mal 10 g pro die, erfordern, kommt man den geschilderten Herzbeschwerden mit 3 mal täglich 2 g vollkommen aus. Autor empfiehlt diese symptomatische Behandlung (Unschädlichmachung der betreffenden Schilddrüsenproducte), die gleichzeitig eine grosse Besserung des Allgemeinbefindens im Gefolge hat und bisweilen auch eine Verkleinerung des Kropfansatzes zeitigt, zur Nachprüfung bei einschlägigen nervösen Herzstörungen. Das Merck'sche Antithyreoidin dürfte wohl die gleichen Erfolge zeitigen wie das Rodagen.

HECHT.

g. Oesophagus.

83) **H. Forssner** (Stockholm). **Ueber die pathologische Anatomie und Aetiologie der congenitalen Darm- und Oesophagusatresien. (Om de kongenitala tarm- och oesophagusatresiernas pathologiska anatomi och ätiologi.)** *Nordisk medecinsk Archiv. Heft 3 u. 4. No. 20. 1905.*

Diese sehr gediegene und interessante Arbeit enthält eine Fülle von interessanten comparativ anatomischen Beobachtungen über die Entwickelung des Digestionscanals und wirft ein klares Licht auf die Entstehungsweise der Atresien. Eignet sich nicht für ein Referat, sondern muss im Original studirt werden.

E. SCHMIEGELOW.

84) **F. E. Bunts. Behandlung der traumatischen Oesophagusstrictur durch Dislocation. (Treatment of traumatic esophageal stricture by dislocation.)** *Surgery, Gynecology and Obstretics. Chicago. Juli 1906.*

Verf. berichtet über eine Serie von 9 Fällen von Oesophagusstrictur infolge Laugenverätzung. Es handelte sich theils um Erwachsene, theils um Kinder, und bei allen war die Stenose so eng, dass selbst ein filiformes Bougie erst nach tagelanger Anstrengung hindurchgebracht wurde; bei einigen bestand totale Unmöglichkeit, Wasser zu schlucken. Da es nicht möglich war, Oesophagussonden von genügender Dünne zu bekommen, so liess B. eine Serie von abgeflachten, olivenförmigen Bougies anfertigen, die er zu grosser Zufriedenheit anwandte. An diesen Bougies befinden sich zwei zwiebelförmige Anschwellungen hintereinander, von denen die erste etwas dünner ist, als die zweite. Der Erfolg, der durch das Passiren der ersten Zwiebel gewonnen ist, wird dadurch ausgenützt, dass unmittelbar darauf eine zweite stärkere Verdickung passirt. Ist die freie Passage des Oesophagus gesichert, so kann man den Patienten anlernen, dass er sich monatlich einmal oder öfter selbst bougirt. Für die Einführung der Bougie ist es am besten, wenn der Patient mit zurückgebogenem Kopf aufrecht sitzt.

EMIL MAYER.

85) **D. Gerhardt** (Jena). **Zur Therapie der Oesophagusstenosen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1906.*

Gerhardt empfiehlt zur Behandlung der Oesophagusstenosen die Morphiumtherapie, die bei malignen Fällen allerdings nur symptomatisch wirkt, bei vielen Fällen aber doch als Ersatz der vielfach recht gefährlichen Dilatationsversuche und Sondenführung Verwendung finden dürfte. Autor lässt die betreffenden Patienten 3 mal täglich 10—15 Minuten vor den Mahlzeiten 15—20 Tropfen einer 1 proc. Morphiumlösung schlucken, wodurch das oft vollkommen aufgehobene Schluckvermögen wieder ermöglicht wird, so dass die Patienten bald nicht nur Flüssigkeiten, sondern auch weiche, breiige Speisen schlucken können. Es empfiehlt sich jedoch die Verordnung rein flüssiger Nahrung auf längere Zeit. „Diese günstige Einwirkung des Morphiums auf das Schluckvermögen erklärt sich augenscheinlich durch Ausschaltung eines Krampfes der Oephagusmusculatur an der Stelle der Strictur.“

HECHT.

86) **Weisselberg** (Alterode). **Ein Fall von Oesophagusstrictur, geheilt durch Fibrolysin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1906.*

Die infolge Verätzung mit Natronlauge entstandene Strictur trotzte jeder Behandlung. Die Einspritzung von Fibrolysin führte allmählich zur einer Erweiterung der narbig verengten Stellen, so dass durch 39 Einspritzungen in Combination mit Sondenbehandlung Heilung oder Verschwinden aller subjectiven Symptome erzielt wurde. HECHT.

87) **Blum** (Limburg). **Mediane Schnittführung zur Eröffnung der Speiseröhre.** *Centralbl. f. Chirurgie. 34. 1906.*

B. hat den Eindruck gewonnen aus der Operation eines Falles (Verschlucken eines 10 Pfennigstückes durch ein 3jähriges Kind), dass bei unterhalb des Schilddrüsenisthmus und tiefer liegenden Fremdkörpern die mediane Schnittführung der seitlichen vorzuziehen ist. SEIFERT.

88) **J. H. Musser. Ruptur des Oesophagus in den Bronchus infolge Druck eines Aneurysmas. (Ruptura of the oesophagus into a bronchus by the pressure of an aneurysm.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Mai 1906.*

Ein Aneurysma drückte auf den Bronchus, dieser wiederum auf den Oesophagus. Das Resultat war, dass sich eine Communication zwischen Bronchus und Oesophagus bildete und Patient an Broncho-Pneumonie zu Grunde ging.

LEFFERTS.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Alfred v. Sokolowski. Klinik der Brustkrankheiten.** 2 Bände. Uebersetzt von Fabian. Aug. Hirschwald, Berlin 1906.

Das vorliegende, 2 starke Bände umfassende Handbuch ist in den Jahren 1902—1906 in polnischer Sprache erschienen. Es ist von der Kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Krakau prämiirt und jetzt von A. Fabian ins Deutsche übersetzt worden. Es behandelt die Krankheiten der Trachea, der Bronchien, der Lungen, des Brustfells und des Mittelfells; der zweite Theil des 2. Bandes ist einer eingehenden Erörterung der Lungenschwindsucht vorbehalten. Enthält somit das ganze Werk auch nur wenige Abschnitte, die unser Specialfach direct angehen — ich rechne hierher die Abhandlungen über die Erkältung, über die Mund- und Nasenathmung, das Asthma, Heufieber etc. —, so rechtfertigt sich seine Besprechung an dieser Stelle doch dadurch, dass die Krankheiten der tieferen Luftwege hier einmal von einem Autor abgehandelt werden, der auch in dem Gebiete der oberen Luftwege ganz und gar zu Hause ist. Da aber die oberen und die tieferen Luftwege bei ihrem intimen Zusammenhang sich in ihrem Wohl und Wehe wechselseitig auf's Intimste beeinflussen, so durften beide Parteien, der Internist wie der Rhino-Laryngologe, von diesem Werke eine ganz besondere Belehrung erwarten: der Internist durfte hoffen, dass der in ähnlichen Handbüchern so oft ver-

nachlässigte Einfluss, den eine Erkrankung der Nase oder des Halses auf die Bronchien und die Lunge ausübt, hier besser beleuchtet und gewürdigt wird, und der Rhino-Laryngologe durfte darauf rechnen, dass sein Gesichtskreis erweitert und vertieft wird, wenn ihm die Wechselbeziehungen zwischen den seiner Fürsorge anvertrauten Organen und den tieferen Luftwegen von einem so erfahrenen Autor vor Augen gerückt werden. Und wenn auch das Hin und Her, das Hinüber und Herüber an einzelnen Stellen vielleicht noch etwas stärker betont werden könnte, im Grossen und Ganzen darf man doch das Urteil abgeben, dass der Autor es verstanden hat, die Aufgabe, die er sich gestellt hat, auf's Beste zu lösen: Wer das Buch mit offenen Augen liest, der Specialist wie der practische Arzt, Jeder wird auf seine Rechnung kommen.

Gleich im Anfang, bei der Besprechung des Bronchialkatarrhs, ist dem Begriff der Erkältung, der ja auch für uns von so grosser Bedeutung ist, eine klare und eingehende Besprechung gewidmet. Nur schade, dass der Verfasser, nachdem er die alte und neue Auffassung gegenübergestellt hat, die letzte Kritik (Seite 6) als zu weitgehend ablehnt. Hier wie bei der Besprechung des Hustens finden wir auch einen Hinweis auf den Einfluss, den Erkrankungen der Nase und des Rachenraums auf die Bronchien ausüben; ich weiss nicht, ob ich als Specialarzt ganz objectiv bin, aber es will mir scheinen, als ob es für den practischen Arzt, an den sich das Sokolowski'sche Buch wendet, vielleicht von Vortheil gewesen wäre, wenn ihm der Einfluss, welchen die Verlegung der Nasenathmung und Entzündungen des lymphatischen Rachenringes auf die tieferen Luftwege ausüben, noch etwas eindringlicher zu Gemüthe geführt worden wäre. Das eigenthümliche Krankheitsbild der Ozaena trachealis ohne Betheiligung der Nase hätte vielleicht noch eine eingehendere Würdigung verdient.

In dem Kapitel über Bronchialasthma ist der Einfluss, den Nasen- und Rachenerkrankungen gelegentlich ausüben, in einer beherzigenswert objectiven Weise geschildert. Die Besprechung des Heufiebers ist wohl zu einer Zeit fertiggestellt worden, als die Dunbar'schen (nicht Dumbar!) Arbeiten eben erst herausgekommen waren. Immerhin hat meiner Ansicht nach Dunbar mehr getan, als dass er nur Blackley's Ansichten bestätigte; mir scheint, Dunbar hat sie erst bewiesen, indem er die Beweiskette, die vorher lückenhaft und keineswegs zwingend war, geschlossen hat.

In dem Kapitel, das der Therapie der Bronchialcatarrhe gewidmet ist, vermisse ich neben den hydriatischen Kuren die Erwähnung der Luftbäder. Die Behauptung, dass medicamentöse Mittel durch Inhalation nicht bis zu den feineren Bronchien gelangen (S. 90), scheint mir Angesichts neuerer Versuche anfechtbar. Die Abbildungen, die Heryng von den Lungen einiger nach der Inhalation getöteter Thiere giebt, scheinen mir das Gegentheil zu beweisen.

Ausserordentlich gut gelungen ist unserem Verfasser die Abhandlung über die Lungenschwindsucht; die Abschnitte, die sich auf die allgemeinen Fragen, Heredität, Prädisposition, Ansteckung, socialöconomische Verhältnisse etc. beziehen, sind geradezu glänzend. Hier war auch ein Feld, wo unser Autor seine besondere Qualität als Internist und Laryngologe geltend machen konnte und geltend gemacht hat. Wenn er vielleicht auch die Bedeutung des lymphatischen

Rachenringes als Eingangspforte für den Tuberkelbacillus etwas eingehender hätte erörtern können (S. 211), die Schilderung der Kehlkopftuberculose und ihre Bedeutung für das ganze Krankheitsbild wird für jeden nicht specialistisch geschulten Leser ein Gewinn sein. Bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose wird mit Recht die Allgemeinbehandlung überall in den Vordergrund gerückt. Es ist wohl nur ein Versehen, wenn der Autor es verabsäumt, dem practischen Arzt einzuschärfen, dass die allererste und allerwichtigste Bedingung für die Ausheilung des tuberculösen Kehlkopfes seine vollkommene Ruhestellung ist, d. h. dass er dem Patienten das Sprechen ganz oder theilweise zu untersagen hat. Die chirurgische Behandlung der Lungentuberculose beurtheilt v. Sokolowski in einer dem Referenten sehr sympathischen Weise mit äusserster Zurückhaltung (S. 633); vielleicht wäre es vortheilhaft gewesen, wenn er seinem Leser, der gewiss durch die Lecture dieses vortrefflichen Buches schon Vertrauen zu seinem Verfasser gewonnen hat, wenigstens die Grundprincipien seines eigenen Verhaltens auseinandergesetzt hätte.

Trotz des grossen Materials, das zu bewältigen war, ist die Anordnung des Stoffes überall klar und übersichtlich. Die Uebersetzung ist im Grossen und Ganzen recht gut gelungen, nur selten (z. B. Seite 78, 2. Absatz) finden sich Stellen, die noch verbesserungsbedürftig sind. Der anregende, fesselnde Ton des ganzen Werkes ist mit Freuden zu begrüssen.

Das Sokolowski'sche Handbuch zeigt den Weg, auf dem sich der Internist und der Rhino-Laryngologe gegenseitig ergänzen sollen und müssen, wenn sie etwas Ganzes leisten wollen. Möge ein voller Erfolg dem Autor seinen Fleiss und seine Mühe lohnen! A. Kuttner.

b) **A. de Prenderville** (London). **Die Technik der Anästhesie bei Hals- und Nasenoperationen. (The anaesthetic technique for operation on the nose and throat.)** H. J. Glaisher. London 1906.

Der Verf. des vorliegenden kleinen Buches ist Anästhetist am London Throat Hospital; er kann daher als Autorität in der hier behandelten Frage gelten.

Verf. betont, dass „wie für die Chirurgie an Hals und Nase Specialismus im höchsten Sinne nothwendig ist, so es auch für den Anästhetisten sich erforderlich gestaltet hat, sich zu specialisiren"; er sagt: „Es ist eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür vorhanden, dass sich in nächster Zukunft Leute mehr und mehr einer in diesem Sinn beschränkten Specialität widmen werden". Kann man auch mit dem Verf. in Bezug auf das Wünschenswerthe einer solchen eng begrenzten Specialisirung nicht übereinstimmen, so ist doch zweifellos, dass, je mehr sich ein Anästhetist an die Zusammenarbeit mit einem bestimmten Specialisten — sei dies ein Opthalmologe, Laryngologe oder Abdominalchirurg — gewöhnt, desto besser das Resultat sein wird.

Auf diese einleitenden Bemerkungen folgt ein Kapitel über „Die Vorbereitung des Patienten". Einige Vorschriften, wie die, dass „die Nase einige Tage lang vor der Operation mit alcalischen Lösungen ausgespült werden soll" und Aehnliches die Toilette der Nase und Mundhöhle Betreffende gehört nicht eigentlich zu den Obliegenheiten der Anästhetisten, ebensowenig wie die Fürsorge

für Mahlzeiten der Patienten vor der Operation und die Sterilisation der Instrumente.

In einem besonderen Kapitel wird die „Operationslage des Patienten“ besprochen. „Die Rückenlage, die von der einen Schule als das Ideal bei allen operativen Maassnahmen an Nase und Hals betrachtet wird, ist bei einer anderen verrufen.“ Soll eine Adenoidoperation in Rückenlage ausgeführt werden, so muss eine Narkose von 40 Secunden Dauer vorbereitet werden; zu diesem Zweck empfiehlt sich das Lachgas. Verf. beschreibt, wie die Lachgasnarkose unter Anwendung eines weit geöffneten Doyen'schen Mundsperrers ausgeführt wird. Das Gas wird solange zuströmen gelassen, bis die Athmung beschwerlich oder stertorös wird und leichte Jactation eintritt. Will man die Narkose länger und tiefer gestalten, so kann man von Zeit zu Zeit die Exspirationsklappe schliessen. Die durchschnittliche Dauer der Lachgasnarkose nach Entfernung der Maske ist 30 Sekunden; jeder Versuch, die Narkose dadurch zu verlängern, dass man den Patienten wieder Gas einathmen lässt, ist mit wachsender Asphyxie und gesteigerter Unruhe verbunden, wodurch der Werth illusorisch wird. Verf. sagt: „Für einen erfahrenen Operateur ist es sehr leicht, unter Lachgasnarkose viel auszuführen, viel mehr in der Tat, als man bei Anwendung dieses Narcoticums im Allgemeinen für möglich hält; zu diesem Zweck muss der Anästhetist die Rolle des einzigen Assistenten spielen: er muss den Mundsperrer an seinem Platz halten, den Kopf fixiren, den Hals austupfen, auf die Tonsillen drücken etc.“ Das Ganze spielt sich so schnell ab, dass mehrere Assistenten den Operateur nur behindern würden. Von Anfang bis zu Ende hat der Narkotiseur den Patienten einzig unter seiner Controlle. Diese Vereinigung von Anästhetist und Assistent in einer Person ist ein Hauptgesichtspunkt des Verfassers. An der Abbildung des Junker'schen Chloroforminhalationsapparates, die neben anderen Illustrationen dem Kapitel über das Armentarium des Anästhetisten beigegeben ist, fehlt die wichtigste von allen Verbesserungen, die an dem Originalapparat angebracht worden sind, nämlich die Vorrichtung, durch welche die Luftmenge, die durch das Chloroform streicht, controllirt werden kann.

Ein Kapitel beschäftigt sich mit der „Gas-Aether-Chloroformfolge“ bei Hals- und Nasenoperationen. In Bezug auf die Anwendung von Gas und Aether wird nichts gesagt, was nicht auch für Operationen an anderen Körpertheilen zutrifft. Gas-Aethernarkose genügt für Operationen von ca. 3 Minuten Durchschnittsdauer. Wenn Anzeichen eintreten, dass Patient wieder zum Bewusstsein zurückkehrt, so muss die Narkose mit Chloroform weitererhalten werden. Wir haben beobachtet, dass, wenn nach Fortnahme der Aethermaske zunächst eine nur geringe Menge (ca. 1 pCt.) Chloroform enthaltende Luft eingeathmet wird, viel weniger heftige Bewegungen auftreten; ausserdem genügen oft schon wenige Inspirationen eines grosse Mengen Chloroform enthaltenden Luftgemischs, um den Blutdruck in beängstigender Weise zum Sinken zu bringen. Wir verwendeten die Gas-Aetherfolge in den hier in Frage kommenden Fällen niemals, wenn wir es irgendwie vermeiden konnten. Bisweilen könnte man dazu rathen, so z. B. wenn in Folge chronischer Toxämie bei Antrumempyem erhebliche Schwäche besteht, und auch dann ist die Aethylchlorid-Aether-Chloroformfolge empfehlenswerther, indem man, sobald eine

Narkose eingetreten ist, den Aether fortnimmt und dann weiter chloroformirt. Im Allgemeinen rathen wir zur Anwendung von Aether bei Operationen an den oberen Luftwegen nur dann, wenn der Zustand des Patienten es unangebracht erscheinen lässt, mit Chloroform die Narkose zu beginnen. Chloroform allein wird nach unserer Ansicht auf dem hier in Frage kommenden Gebiet viel allgemeiner angewandt werden, wenn sich erst die Vorrichtungen zur Controlle des procentualen Chloroformgehaltes der Inhalationsluft mehr Zugang verschafft haben. Verf. thut der modernen Apparate, die für diesen Zweck angegeben worden sind, nicht einmal Erwähnung. Wir haben den Vernon Harcourt'schen Inhalationsapparat mit einem Handgebläse gebraucht und haben zur intralaryngealen Entfernung von Kehlkopfpapillomen in aufrechter Stellung bei 2—5 Kindern eine befriedigende Narkose erzielt. Es ist erstaunlich, mit einem wie geringen Procentgehalt von Chloroform man ein Kind für eine intralaryngeale Operation absolut ruhig halten kann, wenn diese geringe Menge continuirlich während der ganzen Operation inhalirt wird.

Die Frage der „aufrechten Stellung" leitet uns zu dem wichtigsten Theil des Buches. Verf. bezieht sich auf die neueren Untersuchungen über die Ursachen des Chloroformtodes und kommt zu dem Ergebniss, dass, sachgemässe Anwendung des Narcoticums vorausgesetzt, man getrost versichern könne, Chloroform an sich sei nicht ungeeignet bei Operationen in aufrechter Haltung. In welchem Umfang und auf welche Weise man es anwenden solle, hängt natürlich sehr von den physischen Bedingungen des Patienten und von der Grösse und dem Charakter des zu unternehmenden Eingriffs ab; kein Patient mit ausgesprochener Herzstörung soll einer Operation in dieser Stellung unterworfen werden. Verf. fasst die Regeln für die Anwendung von Chloroform in aufrechter Stellung folgendermaassen zusammen: 1. Man muss die Anfangs bestehende Neigung zur Vagusreizung überwinden und so der Gefahr eines Herzstillstandes begegnen. Zu diesem Zweck wird die Narkose am besten mit Gas allein — Gas und Aether, Aethylchlorid und Aether, Aether allein nicht zu empfehlen! — oder Chloroform-Aether eingeleitet. 2. Man vermeide Ueberdosirung. Ist auf eine der oben angegebenen Weisen die Narkose eingeleitet, so genügen gewöhnlich kleine Mengen Chloroform, um sie aufrecht zu halten. 3. Gebraucht man von Anfang an Chloroform oder Chloroform-Aethercombination, so vermeide man jede Hast.

Man vermisst unter den Angaben des Verfassers, wie er sich zu der Anwendung von Chloroform allein bei Operationen an Nase und Hals stellt, ob er z. B. bei Thyreotomie oder intralaryngealen Operationen wegen Larynxpapillomen bei Kindern die Narkose mit Gas und Aether einleitet. In Folge der durch die neueren Apparate möglich gewordenen genauen Dosirung des Chloroforms ist seine Anwendung so sicher, dass wenige Operateure bei intralaryngealen Operationen sich eines anderen Narcoticums bedienen.

Das Buch schliesst mit einem kurzen Kapitel über Nachbehandlung. Verf. verwirft zur Behandlung des Shock den Gebrauch von Strychnin und schlägt intravenöse Adrenalin- und subcutane Ergotininjectionen vor.

Walter Tyrrell.

c) Pariser Gesellschaft für Otologie, Laryngologie und Rhinologie.

Sitzung vom 30. Juni 1905.

Cauzard: Nekrose des Oberkiefers infolge maligner Erkrankung.

60jähriger Mann mit erysipelähnlicher Anschwellung der rechten Gesichtshälfte. Auf der rechten Gaumenhälfte constatirt man zwei Anschwellungen, aus denen bei der Incision sich etwas Eiter ergiesst. Eine Punction des Sinus ergab keinen Eiter. Syphilis geleugnet. In der Annahme, es handle sich um ein chronisches Empyem, wurde ein Eingriff gemacht, wobei sich ergab, dass der Knochen nekrotisch war. Die weitere Untersuchung ergab, dass es sich um eine maligne Neubildung handelte.

Castex: Bei Empyem findet man nie Knochennekrose; diese spricht für malignen Tumor.

Lermoyez: Drei Symptome sprechen für Carcinom: Schmerz, Schwellung und fötider und eitriger Ausfluss aus dem Sinus.

Derselbe: Betrachtungen über vier Fälle von totaler Larynxexstirpation.

Es betrifft drei bereits veröffentlichte und einen noch nicht publicirten Fall. In dem einen Fall wurde in zwei Zeiten operirt: I. Durchschneidung der Trachea; Fixation an der Haut. II. Exstirpation des Larynx, Resection des pharyngo-oesophagealen Weges. Dieses Verfahren wird von Le Bec und Canzard empfohlen. Lermoyez zieht die einfache Tracheotomie der Totalexstirpation vor. Der Erfolg der letzteren hängt wesentlich von der Nachbehandlung ab.

Castex: Einige Fälle von Syphilis.

Redner zählt einige Erscheinungen auf, die er in Fällen von Syphilis der Nase, des Pharynx und Larynx gesehen hat.

Nase: Junger Mann mit gummöser Infiltration des Gaumensegels mit gleichzeitiger Atrophie beider unterer Muscheln; 58jähriger Mann mit concentrischer Retraction der Nasenlöcher; ein Fall von Sequester in der atrophischen linken unteren Muschel; ein Fall von Hyperostose der Nasenbeine.

Pharynx: Schanker der linken Mandel, darauf Torticollis infolge Schwellung der Drüsen unter dem Sterno-Cleido-Mastoideus, dann erschien die Roseola. In einem anderen Falle bestand bei einer Frau eine enorme und sehr harte linke Gaumenmandel; man glaubte zuerst an ein Lymphadenom, dann an eine einfache Hyperplasie und exstirpirte die Mandel. Es bildete sich ein graues, diphtherieähnliches Geschwür. Es handelte sich um einen Tonsillarbubo und man fand den Primäraffet an der Brustwarze.

Larynx: Ein Fall von Schanker der Epiglottis. Die schmerzhafte Anschwellung der Epiglottis liess zuerst an ein Epitheliom denken; als einige Tage später eine grosse submaxillare Drüsenanschwellung, dann Plaques muqueuses im Kehlkopf auftraten, war die Diagnose gesichert.

Castex: Vorübergehende Stimmbandlähmung infolge Influenza.
C. erklärt diese Fälle als eine Art von Neuritis.

Koenig: Fall von Antrumempyem, das seit 17 Jahren besteht, durch 27 Ausspülungen vom unteren Nasengang aus geheilt.

Sitzung vom 10. November 1905.

Fournié: Untersuchung des Nasenrachens und des Kehlkopfes bei hyperästhetischen Individuen.

Man muss, wenn man völlige Anästhesie erhalten will, nicht nur das Gaumensegel und die hintere Pharynxwand, sondern auch die Zungenbasis und die Fossae glosso-epiglotticae mit 10proc. Lösung cocainisiren.

Cauzard: Zwei Fälle von Siebbeinempyem.

Der erste Fall betrifft einen 19jährigen jungen Mann, der nach zwei Zahnabscessen Eiter schnaubt und auf der linken Nasenseite verstopft ist; die Durchleuchtung ergiebt eine Verdunkelung links. Nacheinander werden folgende Eingriffe gemacht: Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel, Anbohrung des Sinus vom Alveolarfortsatz und völlige Curettage des mittleren Nasengangs, wo sich eine fast cholesteatomartig aussehende und stark fötide Masse vorfindet; danach und nach mehreren Ausspülungen kann Pat. als geheilt gelten.

Im zweiten Fall war Eiter in der linken Nase; Durchleuchtung ergab Verdunkelung auch dieser Höhle. Nach mehreren Eingriffen an der mittleren Muschel, dem Siebbein und der Keilbeinhöhle erhebliche Besserung. C. glaubt, dass es sich in beiden Fällen um ein Siebbeinempyem gehandelt habe, bei dem der Eiter in die Highmorshöhle geflossen sei. A. Cartaz.

---

d) Jahres-Versammlung der japanischen Oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft*) in Tokyo, 2.—6. April 1906 (XII. Abtheilung des II. japanischen medicinischen Congresses).

Vorsitzender: W. Okada.

T. Nakamura berichtet über einen Fall von Haarzunge bei einem 50jährigen Bauer, die der Vortragende durch Pinselung mit 2 proc. Zinkchloridlösung heilte.

T. Chiba: Ueber die lappige Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel.

Nach dem mikroskopischen Befunde eines Falles schliesst sich der Vor-

---

*) Wie ich in meinem kurzen Berichte „Ueber den gegenwärtigen Zustand der Oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft in Japan" anlässlich des Fränkelfestes schon mittheilte, sind die Rhinologie und Laryngologie bei uns noch nicht von der Otologie getrennt. Ich werde hier nur über die Vorträge auf dem Gebiete der Rhino-Laryngologie referiren. Meine Berichtquelle stammt hauptsächlich aus dem Sitzungsberichte der japanischen medicinischen Zeitschrift „Tōkyō Ijishiushi" No. 1460. 1906.

tragende der Ansicht von P. Heymann an, der die lappige Wucherung der Nasenmuschel als Anfangsstadium von Polypenbildung betrachtet.

H. Kimura: Bakteriologische Untersuchung von Ozaena.

Durch mikroskopische Untersuchung der Ozaenakrusten von 13 Ozaenafällen konnte Kimura den Friedländer'schen Kokken ähnliche Diplokokken, theilweise mit Kapsel, feststellen, die in den gesunden Nasenhöhlen nicht zu finden waren. Kimura cultivirte diese Kokken in verschiedenen Nährböden und machte Einspritzungen von Culturen in die Nasenhöhlen von Kaninchen, hatte aber nur negatives Resultat.

T. Okamura: Ueber die Vaporisationsbehandlung von Ozaena.

Nach der bekannten Methode hat Okamura befriedigende Resultate erzielt.

K. Kato theilt 5 Fälle von Nasenrachenfibrom mit. Ein Fall heilte von selbst, im Laufe von 4 Jahren und 5 Monaten nach der Aufnahme in die Klinik. In diesem Falle hatte man Secale cornutum innerlich angewandt, aber es liess sich nicht feststellen, ob die Heilung irgendwie dieser Arznei zuzuschreiben war.

S. Nishiyama berichtet von seinen Erfahrungen in Bezug auf die submucöse Fensterresection bei Deviatio septi nasi (nach Killian) und die Radicaloperation des Oberkieferhöhlenempyems (nach Denker) und theilt einen Fremdkörperfall mit, im rechten Bronchus bei einem 7jährigen Knaben, dem Nishiyama durch obere Bronchoskopie (5 mm dickes Rohr nach Killian) mit einer Zange eine kuglige Nuss (Diameter 7 mm $\times$ 9 mm) von Quercus serrata Thumb. extrahirte.

T. Takabatake berichtet über 2 Fälle von Nasenrachenpolypen, die er (einmal ohne temporäre Spaltung des weichen Gaumens) mit Beckmann-schem Ringmesser operirte, wobei starke Blutung erfolgte und definitive Heilung noch nicht erzielt werden konnte.

U. Yoshii demonstrirt ein modificirtes Tonsillotom.

S. Koike berichtet über einen Fall von Laryngitis tuberculosa bei einem 7jährigen Knaben (Lungentuberculose nicht sicher constatirt), der durch Seeluft und Speisekur ausheilte.

W. Okada demonstrirt einen Fall von Rundzellensarkom am Mundboden einer 20jährigen Patientin, der Okada die Geschwulst operativ entfernte, — und einen Fall von Rhinoplastik mit Helix auris, bei dem Okada erst nach Aufopferung der beiderseitigen Helices der betreffenden Kranken sein Ziel erreichte.

S. Sawabe: Ueber die Radicaloperation des Oberkieferhöhlenempyems. Eine Modification der Methoden von Boenninghaus und Friedrich.

Hiwatari berichtet über einen Fall von diphtherischer Lähmung des N. trigeminus und der Augenmuskulatur bei einem 6jährigen Knaben.

Kutsume demonstrirt einen Bronchialausguss von diphtherischer Membran bei einem 4jährigen Knaben.

T. Tanaka demonstrirt die Instrumentarien von Bronchoskopie und Oesophagoskopie nach Killian.

T. Sato berichtet über einen Fall von durch Vergrösserung der Thymusdrüse verursachter Trachealstenose bei einem 1 Jahr und 8 Monate alten Knaben. Die Eltern glaubten, das Kind hätte beim Spiel einen Kern von Prunum mume aspirirt, wodurch die Athembeschwerde entstanden sei. Sato hat bei der vorgenommenen Tracheotomie eine kuglig vergrösserte, bewegliche Thymusdrüse gefunden, nach deren Exstirpation die Athemnoth verschwand. Der Fruchtkern kam am nächsten Tage per anum heraus. Ino Kubo (Fukuoka).

e) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte zu Leipzig.

Sitzung vom 8. December 1906.

Karrer demonstrirt: 1. 12jähriges Mädchen mit fast symmetrisch angeordneten Teleangiektasien am Vestibulum narium, welche zu häufigem Nasenbluten Veranlassung geben.

2. 73jährigen, wegen Epithelioms der rechten Ohrmuschel mit Drüsenmetastasen operirten Mann, dem vor $^3/_4$ Jahren bereits ein Epitheliom der Lippe entfernt worden war. Beide gleichzeitig entstanden. Ursprungsort am Ohr: Hinterfläche der Concha.

Lauffs zeigt das wegen Sinusvereiterung operirte und schon in der letzten Sitzung der Gesellschaft vorgeführte Mädchen als seit 14 Tagen vollständig geheilt; ausserdem einen vor 4 Wochen operirten Fall von Sinusverjauchung bei einem 11jährigen Knaben. Symptome: Ohreiterung links (seit frühester Kindheit), hohes Fieber (39,8), Schiefhals nach der kranken Seite und Druckschmerz auf den M. sternocleidomastoideus.

Es wurde Totalaufmeisselung und Jugularisunterbindung vorgenommen. Dennoch traten die Symptome einer rechtsseitigen Lungenembolie und Pleuritis auf.

Patient befindet sich augenblicklich beschwerdefrei, hat keine Temperatursteigerung und erholt sich zusehends.

A. Barth (Leipzig): Ueber musikalisches Falschhören (Diplacusis).

B. hatte bisher Doppelthören nur beobachtet bei Schallleitungserkrankungen und konnte dann immer, soweit die Kranken der Untersuchung genügend zugängig waren, nachweisen, dass eine Displacusis disharmonica nicht bestand. Er theilt jetzt einen Fall, in welchem sich der Patient, ein Musiker, ebenfalls in Bezug auf das Hören falscher Töne irrte, bei welchem aber eine Erkrankung des inneren Ohres bestand, mit. Weiter einen Fall bei einem ganz unmusikalischen Manne, bei welchem mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Diplacusis disharmonica bei der Untersuchung erwiesen wurde, obwohl Pat. selbst nichts von ihrem Vorhandensein wusste. Die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Diplacusis hält B. nicht für genügend untersucht in Bezug auf das, was sie wirklich gehört haben, so dass subjectiven Täuschungen ein zu grosser Spielraum bleibt.

(Wird in der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlicht.) A. Barth.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, Februar. 1907. No. 2.

I. Zum 70. Geburtstage Leopold von Schrötter's.

Die Laryngologie steht gegenwärtig im Zeichen der Jubiläen. Vor zwei Monaten haben wir den 70. Geburtstag Bernhard Fränkel's gefeiert, in nicht ferner Zeit wird Moritz Schmidt sein siebenzigstes Lebensjahr vollenden, und heute gilt es, Leopold von Schrötter zu seinem siebenzigsten Geburtstag, den er am 5. Februar feiern wird, unsere herzlichsten Glückwünsche darzubringen.

An Schrötter's Namen knüpfen sich die Erinnerungen der Jugendzeit der Laryngologie. Weder Türck noch Czermak war es lange vergönnt, die Entwicklung der von ihnen begründeten klinischen Laryngologie zu verfolgen. Lange Zeit waren es die Namen Schrötter's, Stoerk's, Schnitzler's, welche die jungen Laryngologen aller Länder magnetisch nach Wien zogen. Zu ihren Füssen gesessen zu haben, galt als eine Art Diplom für den Kehlkopfarzt Europa's und Amerika's. Stoerk und Schnitzler sind lange dahingegangen, Schrötter selbst hat vor vielen Jahren seine officielle laryngologische Thätigkeit aufgegeben und sich einen weiteren Wirkungskreis geschaffen. Immer aber noch denken seine früheren Schüler und alle die, die aus seinen Lehrbüchern und Originalarbeiten Belehrung und Anregung geschöpft haben, mit Liebe und Dankbarkeit des wackeren, unermüdlichen, enthusiastischen Forschers, dem die Laryngologie so viel zu verdanken hat, und dessen Name für alle Zeiten mit der Geschichte unserer Specialwissenschaft untrennbar verbunden bleiben wird. Sie alle vereinigen sich heute zu dem Wunsche, den wir vor wenigen Wochen Bernhard Fränkel ausgesprochen haben: dass auch Leopold von Schrötter viele Jahre thätigen Schaffens in bester Gesundheit verleben, und dass ihm dann ein langes glückliches otium cum dignitate beschieden sein möge, während dessen er mit Genugthuung auf das von ihm Angestrebte und Erreichte zurückblicken können wird!

Felix Semon.

II. Zur Geschichte der Laryngologischen Vereine, Gesellschaften und Congresse.

(Aus dem Katalog der zu Ehren von Bernhard Fränkel's 70. Geburtstag veranstalteten Rhinologischen und Laryngologischen Ausstellung.)

In der Geschichte der Rhino-Laryngologie muss den fachwissenschaftlichen Vereinen, Gesellschaften und Congressen als Trägern und Ausbreitern der Disciplin eine höchst bedeutsame Rolle zuerkannt werden. Sie haben nicht nur nach aussen das Fach als ein vollgültiges und achtenswerthes Glied in der Reihe der medicinischen Sonderdisciplinen repräsentirt, ihm seine mühsam errungene Stellung allen feindlichen Gegenströmungen gegenüber gewahrt und bei Staat und Behörden auf seine officielle Anerkennung hingewirkt, sie haben vor allen Dingen in ihrem Schoss ein eminentes Stück ernster wissenschaftlicher Arbeit geleistet. Zur Klärung dunkler und strittiger Fragen auf unserem Gebiet hat am meisten der Austausch der Meinungen in Vereins- und Congresssitzungen beigetragen; Mittheilungen persönlicher Erfahrungen, Demonstration seltener oder unklarer Fälle und die sich daranschliessenden Erörterungen haben mit dahin gewirkt, dass neue Kenntnisse verbreitet und für Altbekanntes veränderte Gesichtspunkte gewonnen wurden. Immer mehr sehen die Forscher in Vereinen und Congressen die beste Gelegenheit, um für ihre Mittheilungen bei den Fachgenossen Gehör zu finden, und dementsprechend wächst das von jenen Organisationen geleistete Arbeitsquantum von Jahr zu Jahr. Mit Recht konnte Sir Felix Semon vor einigen Jahren schreiben: „Der Schwerpunkt der wissenschaftlichen Thätigkeit unseres Faches hat sich im Lauf der letzten Jahre vollständig verschoben. Er liegt jetzt vorwiegend in den Specialgesellschaften und Congressen.“ Wo daher Rückschau gehalten werden soll auf das bisher auf unserem Gebiete Erstrebte und Erreichte, da darf die Thätigkeit der rhino-laryngologischen Vereine und die Geschichte ihrer Entwicklung nicht vergessen werden.

Die Laryngologen in **Amerika** können das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, die ersten gewesen zu sein, die eine Vereinigung für die Interessen ihres Faches bildeten. Bereits am 13. October 1873 — dreizehn Jahre nachdem durch Louis Elsberg der Gebrauch des Kehlkopfspiegels in Amerika eingeführt worden war —, trat die „New York Laryngological Society“ unter dem Vorsitz von Clinton Wagner ins Leben; ihre Zusammenkünfte fanden vierteljährlich statt. Die durch das allmähliche Eingehen dieser Gesellschaft entstandene Lücke wurde durch die im Jahre 1885 gebildete „Section on Rhinology and Laryngology of the New York Academy of Medicine“ ausgefüllt, die am 23. December jenes Jahres unter dem Präsidium von Rufus Lincoln ihre erste Sitzung abhielt und noch heute besteht. Seit dem Jahre 1897 erscheinen die Verhandlungen der Sektion in „The Laryngoscope“; der derzeitige Vorsitzende ist Passmore Berens.

Auf ein langes ununterbrochenes, an Arbeit und Erfolg reiches Bestehen kann die „American Laryngological Association“ zurückblicken, die sich am 3. Juni 1878 unter dem Vorsitz von Louis Elsberg und der Mitwirkung von

17 amerikanischen Fachgenossen constituirte und am 12. Juni 1879 in New-York ihre erste ordentliche Sitzung abhielt. Die Vereinigung hält jährliche Wanderversammlungen ab. Die Zahl der aktiven Mitglieder ist auf 100 limitirt und beträgt zur Zeit 82. Der diesjährigen Versammlung präsidirte Gleitsman. Die stattliche Reihe von Bänden der „Transactions of the American Laryngological Association" mit ihrem werthvollen Inhalt gibt ein stolzes Bild von der gediegenen wissenschaftlichen Thätigkeit der Vereinigung.

Zu den älteren laryngologischen Organisationen in den Vereinigten Staaten gehörte auch die am 7. Mai 1880 von Solis Cohen ins Leben gerufene „Philadelphia Laryngological Society"; an ihre Stelle trat im Jahre 1894 eine am Philadelphia College of Physicians eingerichtete laryngologische Section.

Die Thätigkeit einer 1883 gebildeten „American Rhinological Association", die auf ihren jährlich einmal stattfindenden Wanderversammlungen ausschliesslich rhinologische Themata behandelte, lässt sich bis zum Jahre 1890 verfolgen.

Das Jahr 1886 bedeutet für die officielle Anerkennung der Laryngologie seitens der Allgemeinheit der amerikanischen Aerzte insofern einen Fortschritt, als bei der in diesem Jahre stattfindenden Tagung der „American Medical Association" die Laryngologen zum erstenmal unter dem Präsidium von Wm. H. Daly als selbständige Section ihre Sitzungen abhalten konnten. Heute weist das Mitgliederverzeichniss der Section über 500 Namen auf.

Die „American Laryngological, Rhinological and Otological Society" wurde im Jahre 1895 gegründet; sie hält jährliche Wanderversammlungen ab und zählt zur Zeit 180 Mitglieder. Für das nächste Jahr ist Wendell C. Philipps zum ersten Vorsitzenden gewählt worden. Eine „Southern Section" dieser Vereinigung zweigte sich 1897 ab und trat unter der Leitung von Scheppegrell in New-Orleans zusammen, um den Laryngologen der Südstaaten Gelegenheit zu engerem Zusammenschluss zu geben; auch eine Eastern- und eine Western-Section bildete sich. Einer gedeihlichen Entwicklung konnte sich auch die im Jahre 1897 in St. Louis ursprünglich nur für die Interessen der weststaatlichen Fachgenossen gebildete „Western Ophthalmological, Otological, Laryngological und Rhinological Association" erfreuen. Seit der Jahresversammlung in Chicago 1898 datirt die Trennung in eine ophthalmologische und eine oto-laryngologische Abtheilung. Im Jahre 1903 wandelte sich die Vereinigung aus einem regionären Verband in eine national-amerikanische Gesellschaft und nahm als solche den Namen „Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology" an, unter dem sie noch besteht. Ihr gehören zur Zeit an: 185 ordentliche Mitglieder („fellows") und 197 ausserordentliche („members"). Zum Präsidenten für die nächste Jahresversammlung ist Joseph A. Stucky designirt.

Erwähnung verdient noch, dass auf dem Panamerikanischen medicinischen Congress, der 1893 in Washington tagte, eine laryngologische Section unter Fletcher Ingals bestand; schliesslich seien noch einige lokale Vereine, die zur Pflege der Rhino-Laryngologie in Amerika gegründet wurden, hier angeführt: Die „St. Louis Laryngological and Otological Society", die „Society of

Eye Ear Nose and Throat Surgeons in St. Francisco" und die zur Zeit unter der Leitung von Freer stehende „Chicago Laryngological and Otological Society".

In **Deutschland** bot sich den Laryngologen die erste und naheliegendste Gelegenheit zur Gewinnung persönlicher Berührungspunkte und zum Austausch von Erfahrungen und Ansichten auf den alljährlich im Herbst tagenden „Versammlungen deutscher Naturforscher und Aerzte", die seit ihrer Gründung im Jahre 1822 die vornehmste Stelle für die Vertretung aller naturwissenschaftlichen und medicinischen Interessen in den deutschsprachlichen Ländern bildeten. Einer vereinigten Section für Otologie und Rhino-Laryngologie begegnen wir zuerst auf der 50. Jahresversammlung in München (1877). Schon damals gab B. Fränkel der Abneigung der Laryngologen gegen diese Verschmelzung mit den Otologen, gegen die sie später noch so oft gezwungen sein sollten, Verwahrung einzulegen, beredten Ausdruck und plaidirte dafür, es lieber so zu lassen, wie es gewesen war, dass nämlich die Erkrankungen der oberen Luftwege in der Section für innere Medicin mit abgehandelt wurden. Die nächste Versammlung (Kassel 1878) lieferte den Beweis, dass zu jener Zeit das Interesse für die Laryngologie bei uns noch nicht so lebendig war, dass für dieses Fach sich die Bildung einer selbständigen Section lohnte; es war eine solche zwar von der Congressleitung vorgesehen worden, die laryngologische Section beschloss jedoch in ihrer constituirenden Versammlung, sich wieder aufzulösen und mit der otologischen zu vereinigen. So tagten dann auf den nächsten Versammlungen Laryngologen und Otologen wieder vereint, ja, einmal (Salzburg 1881) kam es sogar zu einer Combination der oto-laryngologischen Section mit der für innere Medicin und Dermatologie. Endlich auf der 56. Versammlung in Freiberg 1883 konnte zum ersten Male eine selbständige laryngologische Section nach Zahl der Theilnehmer und Reichhaltigkeit des Arbeitsprogramms würdig neben den anderen Sectionen bestehen. Von dem bewährten Grundsatz, Otologen und Laryngologen ihre verdiente Unabhängigkeit von einander zu lassen, ein Grundsatz, mit dem es sich übrigens durchaus vertrug, dass hin und wieder beide Theile gleich interessirende Themata in combinirten Sitzungen behandelt wurden, sollte in der Folge nur einmal abgewichen werden. Das vorbereitende Comité der 73. in Hamburg stattfindenden Versammlung hatte es für gut befunden, um auch für sein Theil der Zersplitterung der Versammlung in „kleinere Sectionen" entgegen zu arbeiten, eine gemeinsame Section für Otologie und Laryngologie einzurichten. Die aufgezwungene Gemeinschaft begegnete jedoch bei beiden Theilen so unverhohlenem Missfallen, und die Zusammenarbeit erwies sich als so wenig fruchtbar, dass auf der nächsten Versammlung (Karlsbad 1902) ein Antrag gestellt und angenommen wurde, „die wieder hergestellte Selbständigkeit beider Abtheilungen zu einer dauernden zu gestalten." Es heisst die grosse Bedeutung der von den laryngologischen Sectionen der Naturforscher-Versammlungen geleisteten wissenschaftlichen Arbeit und die Förderung, die unser Fach ihnen in Deutschland verdankt, nicht verkennen, wenn man die Thatsache registrirt, dass sie in den letzten Jahren etwas von ihrer früheren Bedeutung zu Gunsten der zahlreichen inzwischen ins Leben getretenen Specialvereine und Congresse verloren haben.

In Berlin war im Jahre 1887 die Königliche Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke unter Leitung Bernhard Fränkel's eröffnet worden; damit hatte die Laryngologie ihre erste staatliche Anerkennung in Preussen erhalten. Die an jenem Institut als Praktikanten arbeitenden Aerzte trafen sich — einer aus ihrer Mitte ergangenen Anregung zufolge — mit den Assistenten der Poliklinik zu einem zwanglosen Zusammensein, bei dem irgend ein fachwissenschaftliches Thema zur Discussion gestellt wurde. Von dieser „Freien laryngologischen Vereinigung" erging an die Berliner Laryngologen die Einladung zu einer Sitzung, in der nach einem einleitenden wissenschaftlichen Vortrag Gerhardt's, der im Jahre 1885 als Direktor der II. medicinischen Klinik nach Berlin berufen war, die Auflösung der Vereinigung und die Gründung einer „Berliner laryngologischen Gesellschaft" beschlossen wurde. Diese constituirende Versammlung fand am 22. Februar, die erste ordentliche Sitzung des neugegründeten Vereins am 15. März 1889 statt. Zum Vorsitzenden wurde Bernhard Fränkel gewählt; er hat den Verein, zu dessen Ehrenmitglied er im Jahre 1898 ernannt wurde, während der ganzen Zeit seines Bestehens bis zum heutigen Tage geleitet. Die Sitzungen der Gesellschaft finden monatlich statt; die Sitzungsberichte erscheinen in der „Berliner klinischen Wochenschrift", ausserdem werden sie in den „Verhandlungen der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin" gesammelt. Die Zahl der Mitglieder beträgt zur Zeit 175.

In Süddeutschland erfolgte die Anregung zu einem engeren wissenschaftlichen und persönlichen Zusammenschluss der Fachgenossen von Jurasz. Er erliess im April 1894 eine von Moritz Schmidt und O. Seifert mitunterzeichnete Einladung an die Specialkollegen in Süddeutschland und der Schweiz, zwecks Gründung eines süddeutschen Laryngologenvereins in Heidelberg zusammen zu treffen. Dieser Einladung folgten 40 Fachgenossen, die am 14. Mai 1894 — einem Pfingstmontag — zu Heidelberg den „Verein Süddeutscher Laryngologen" constituirten. Seitdem hat der Verein alljährlich zu Pfingsten in Heidelberg seine Tagung gehalten, und da die Mitgliedschaft an keine politischen und geographischen Grenzen gebunden ist und nächst der Aussicht auf reiche wissenschaftliche Ausbeute auch der Gedanke, einige schöne Frühlingstage in anregender Gesellschaft frohgestimmter Kollegen in der vielgepriesenen Neckarstadt verleben zu können, nicht geringe werbende Kraft hat, so ist die Zahl der Mitglieder, die dem Verein aus allen Theilen Deutschlands und der Schweiz beitreten, von Jahr zu Jahr gewachsen und hat jetzt die stattliche Anzahl von 266 erreicht. Das officielle Organ des Vereins ist die „Münchener Medicinische Wochenschrift"; ausserdem erscheint jährlich ein Heft „Verhandlungen". Die Verhandlungen der ersten zehn Jahre sind zu einem Bande vereinigt vom Schriftführer des Vereins neu herausgegeben worden.

Bei der ständig zunehmenden Zahl von Aerzten, die sich die Laryngologie zum Specialberuf erwählten, wurde auch in anderen Theilen Deutschlands der Wunsch nach einem Zusammenschluss der Fachgenossen zu lokalen Verbänden und Vereinen rege. Der Thatsache entsprechend, dass aus Gründen äusserer Zweckmässigkeit sehr viele der jüngeren Laryngologen sich veranlasst sahen, auch die Ohrenheilkunde in den Bereich ihrer praktischen Thätigkeit mit hinein zu beziehen, dienen die in den nächsten Jahren ins Leben getretenen Vereine meist gleichzeitig

laryngologischen und otiatrischen Interessen. So wurde am 4. April 1897 die „Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte" gegründet, mit der Bestimmung, dass halbjährlich — im Frühling und Herbst — zur Erörterung von fachwissenschaftlichen Fragen und Standesinteressen in Köln oder einer anderen grösseren Stadt Rheinlands oder Westfalens eine Tagung stattfinden sollte. Der erste Vorsitzende war Hopmann, der jetzige ist Keller (Köln). Bisher hat die Vereinigung ihre Zusammenkünfte stets in Köln abgehalten. Die Zahl der Mitglieder, die im Gründungsjahr 37 betrug, ist jetzt auf 112 gestiegen. Der Verein steht in besonders regen freundnachbarlichen Beziehungen zu den niederländischen Kollegen. Seine Sitzungsberichte erscheinen in der „Münchener Medicinischen Wochenschrift".

In München bildete sich auf Anregung und unter Leitung Ph. Schech's im Jahre 1900 die „Münchener laryngootologische Gesellschaft", die monatliche Sitzungen abhält. Vorsitzender der Gesellschaft ist Haug, die Zahl der Mitglieder beträgt 25; die Verhandlungen erscheinen in der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde".

Die schlesischen Fachgenossen gründeten im Jahre 1902 den „Verein schlesischer Hals-, Nasen- und Ohrenärzte" und halten vierteljährlich in Breslau ihre Zusammenkünfte ab. Die Zahl der Mitglieder beträgt circa 50.

Die jüngste unter den deutschen fachwissenschaftlichen Organisationen ist die am 6. Juli 1905 gebildete „Gesellschaft sächsisch-thüringischer Ohren- und Kehlkopfärzte", die ihren vorläufigen Sitz in Leipzig hat und alle drei Monate daselbst unter dem Vorsitz A. Barth's zusammentritt. Trotz der kurzen Zeit ihres Bestehens zählt die Gesellschaft bereits 60 Mitglieder.

Der Plan, der Gesammtheit der Kehlkopfärzte in den deutschsprachlichen Ländern durch Gründung einer deutschen laryngologischen Gesellschaft Zusammenhalt zu geben, ist zuerst von J. Schnitzler gefasst worden. Als Vorsitzender der laryngologischen Section der 58. Naturforscherversammlung in Strassburg (1885) stellte er den Antrag auf Gründung einer solchen Gesellschaft. Zwar wurde die Gründung einstimmig beschlossen und ein Comité gewählt, das auf der nächsten Versammlung weitere Vorschläge vorlegen sollte. Die Bedenken, die sich jedoch nachträglich einstellten, vor allem die Erwägung, dass die erst wenige Jahre bestehende selbständige Section der Naturforscherversammlung vorläufig noch vollauf genügte, um den noch nicht sehr zahlreichen deutschen Kehlkopfärzten Gelegenheit zur Aussprache und Meinungsaustausch zu geben, bewirkten, dass beim nächsten Zusammentreffen in Berlin (1886) sehr wenig Stimmung für den Plan der Neugründung vorhanden war und Schnitzler es vorzog, seinen Antrag zurück zu ziehen, bevor er noch zur Discussion gestellt war. Fast genau 20 Jahre nach jener ersten Anregung sollte der damals als zu verfrüht wieder aufgegebene Gedanke zur Verwirklichung gelangen. Diesmal ging die Initiative von Moritz Schmidt aus. Er lud im September 1904 Vertreter der damals in Deutschland bestehenden vier laryngologischen Vereinigungen nach Frankfurt zur Besprechung über eine zu gründende „Deutsche laryngologische Gesellschaft". Motivirt wurde das Bedürfnis nach dieser neuen Organisation „sowohl aus wissenschaftlichen und sozialen Gründen, als auch ganz besonders durch die Absicht, der Laryngologie

eine Selbständigkeit als Specialwissenschaft besonders auch an den Universitäten und grossen Krankenhäusern zu erringen". Am 13. Juli 1905 erfolgte in Heidelberg, nachdem es gelungen war, das Misstrauen der süddeutschen Gesellschaft, die eine Collision mit der neuen Gesellschaft und eine Gefährdung ihres eigenen Bestandes fürchtete, als gänzlich unbegründet zu erweisen, endlich unter schweren Wehen die Geburt der „Deutschen laryngologischen Gesellschaft". Zum ersten Vorsitzenden wurde Moritz Schmidt gewählt und bestimmt, dass die Zusammenkünfte alle zwei Jahre stattfinden sollen. Den Eröffnungsvortrag der ersten wissenschaftlichen Sitzung hielt Bernhard Fränkel über „Die Zukunft der Laryngologie".

Aehnlich wie in Deutschland zuerst die Naturforscherversammlungen für die Laryngologen die gegebene Gelegenheit zur Anknüpfung persönlicher und wissenschaftlicher Beziehungen darboten, so für die Fachgenossen in **England** die jährlichen Wanderversammlungen der „British Medical Association". Auf der im August 1887 in Dublin tagenden 55. Jahresversammlung hielten die Laryngologen zum ersten Male gesondert ihre Sitzungen ab, zunächst freilich noch als Subsection neben der otologischen Abtheilung. Aber bereits auf der nächsten Jahresversammlung, die 1888 in Glasgow stattfand, konnte sich eine laryngologische Vollsection unter dem Vorsitz von Felix Semon constituiren. In der Folge sollte die Stellung der Laryngologie bei den Versammlungen der British Medical Association wieder eine Verschlechterung erleiden: eine Zeit lang wurde jährlich zwischen einer otologischen und laryngologischen Section abgewechselt, dann kam man wieder — ein paar Ausnahmefälle wie in London 1895 abgerechnet — zur Errichtung einer oto-laryngologischen Section zurück. Dieser Modus besteht noch heute. Die diesjährige Tagung fand in Toronto (Canada) statt; die oto-laryngologische Section stand unter dem Vorsitz von Dundas Grant.

Bereits auf jener Versammlung in Dublin, wo die Laryngologen zum ersten Male selbständige Sitzungen abhielten, wurde von dem damaligen Vorsitzenden der Subsection W. Mac Neill Whistler die Anregung zur Gründung einer britischen laryngologischen Gesellschaft gegeben. Schon im nächsten Jahre konnte dieser Gedanke in die That umgesetzt werden. Am 29. Juni 1888 fand in London die erste Sitzung der British Laryngological Rhinological and Otological Association unter dem Präsidium von Sir Morell Mackenzie statt. Die Vereinigung, deren Vorsitzender zur Zeit Robert Wood-Dublin ist und die circa 80 Mitglieder zählt, hält ihre Zusammenkünfte mehrmals jährlich in London ab.

Da ein grosser Theil gerade der angesehensten britischen Laryngologen sich mit den in der British Laryngological Association durch Mackenzie und Lennox Browne zur Herrschaft gelangten wissenschaftlichen Anschauungen nicht identificiren wollte und der Vereinigung daher fern blieb, ergab sich für sie die Nothwendigkeit, zumal die Hoffnungen, die man an die Errichtung einer laryngologischen Section der British Medical Association geknüpft hatte, nach dem oben Gesagten nicht in Erfüllung gegangen waren, sich ihrerseits zu einer neuen Organisation zusammenzuschliessen. Diese kam am 13. Februar 1893 auf Anregung von Felix Semon in einer unter dem Vorsitz von Sir George Johnson und unter Betheiligung von 29 englischen Laryngologen abgehaltenen Sitzung als „The

Laryngological Society of London" zustande. Dem bei der Gündung aufgestellten Grundsatz, dass die Thätigkeit des Vereins vorwiegend klinischen Interessen dienen und dass der Schwerpunkt auf der Demonstration und Discussion liegen solle, ist, wie ein Blick in die bisher vorliegenden 12 Bände der „Proceedings" zeigt, befolgt worden; doch wurde hin und wieder über Fragen von besonderem actuellen wissenschaftlichen Interesse referirt und discutirt. Vorsitzender des Vereins, der seine Sitzungen monatlich abhält und zur Zeit 153 Mitglieder zählt, ist gegenwärtig J. B. Ball.

Verhältnissmässig spät erst begegnen wir der Gründung eines Fachvereins in dem Lande, in dem die Wiege der klinischen Laryngoskopie gestanden hatte, in **Oesterreich**. Hier trat am 31. Januar 1895 unter der Aegide von Stoerk, Schrötter und Chiari, und unter Betheiligung von 25 Kollegen, die „Wiener laryngologische Gesellschaft" insLeben. Stoerk wurde erster Vorsitzender und blieb es bis zu seinem Tode im Jahre 1899, seitdem wird der Verein von Chiari geleitet. Die Zusammenkünfte finden alle Monate in der laryngologischen Klinik statt. Die Zahl der Mitglieder beträgt 41 ordentliche, 9 correspondirende. Die Verhandlungen erscheinen in der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" und in der „Wiener klinischen Wochenschrift". Ein Jahr früher als in Oesterreich waren in **Ungarn** die Fachgenossen zur Bildung einer Vereinigung geschritten. Am 25. Januar 1894 hielt unter dem Präsidium E. v. Navratil's die „Ungarische Gesellschaft von Ohren- und Kehlkopfärzten" in Budapest ihr erste wissenschaftliche Sitzung ab. Im Jahre 1904 erfolgte, den beiden Specialitäten entsprechend, eine Trennung der Gesellschaft in zwei gesonderte Vereinigungen; der laryngologische Theil bestand noch eine Zeitlang unter dem Namen „Ungarische Rhino-Laryngologische Gesellschaft", um dann im April vorigen Jahres zur „Rhino-Laryngologischen Section des Königlich ungarischen Aerzte-Vereins" zu werden. Das Präsidium führt noch heute wie am Gründungstage der Senior der ungarischen Laryngologen E. v. Navratil.

Von den romanischen Ländern hatte zuerst **Frankreich** eine zur Wahrnehmung laryngologischer Fachinteressen gestiftete Organisation aufzuweisen. In Paris constituirte sich am 21. März 1883 unter dem Vorsitz von Moura-Bourouillon die „Société française d'Otologie et de Rhinologie". Ihre Sitzungen fanden zunächst halbjährlich, seit 1888 aber nur einmal im Jahre statt. Eine Anzahl von Mitgliedern, denen diese jährlichen Zusammenkünfte keine ausreichende Gelegenheit zur Bethätigung ihrer wissenschaftlichen Interessen erschien, erliessen an die Pariser Specialcollegen einen Aufruf zur Gründung einer Pariser Gesellschaft, die monatlich tagen sollte. Auf diesen Appell meldeten sich 25 Theilnehmer, die unter dem Vorsitz von Gellé sich am 26. März 1891 als „Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris" constituirten und am 6. Juni ihre erste wissenschaftliche Sitzung abhielten. Das in einer der nächsten Sitzungen der neugegründeten Gesellschaft laut gewordene Bestreben, eine Fusion derselben mit der schon bestehenden „Société française" anzubahnen, scheiterte an dem Protest der Kollegen aus der Provinz, zu deren Wortführer sich E. J. Moure machte. So bestehen denn beide Gesellschaften nebeneinander: Die „Société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhino-

logie" versammelt sich jährlich einmal, sie hat 48 „membres fondateurs" und circa 140 „membres titulaires", ausserdem eine grosse Anzahl correspondirender Mitglieder; ihr Präsident war in diesem Jahr Bonain-Brest. „Die Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris" tagt monatlich, ausserdem findet alle drei Monate in einem Krankenhaus oder einer Privatklinik eine ausschliesslich Krankenvorstellungen gewidmete klinische Sitzung statt; ihre Mitgliderzahl beträgt circa 60, ihr Vorsitzender ist zur Zeit Mahu.

Erwähnt sei noch, dass im October 1892 unter dem Präsidium von Badel in Bordeaux sich eine „Société d'Ophtalmologie, d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie de Bordeaux et de Sud-Ouest" gebildet hatte, die monatlich ihre Sitzungen abhielt und deren Verhandlungen in den „Bulletins et Mémoires de la Société etc." erschienen.

Ebenso wie in England ging auch in **Italien** die Bildung einer nationalen fachwissenschaftlichen Vereinigung von der laryngologischen Section der allgemeinen Aerzteversammlungen aus, die hier alle zwei Jahre zusammenkamen. Schon in der oto-laryngologischen Section des 1887 in Pavia tagenden „Congresso medico generale" regte der damalige Sectionspräsident Longhi die Gründung einer solchen Gesellschaft an; es wurde auch eine Commission gewählt, die auf der nächsten Versammlung in Padua 1889 diesbezügliche Vorchläge unterbreiten sollte. Zwar wurde denn auch in Padua einstimmig die Gründung beschlossen, aber erst auf dem nächsten Congresso 1891 in Siena wurde der Beschluss zur That. Unter dem Vorsitz von Vittorio Grazzi wurde hier die „Società Italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia" constituirt, deren erste Tagung dann im October 1892 in Rom gleichfalls unter dem Präsidium von Grazzi stattfand. Die Zusammenkünfte der Gesellschaft erfolgten in der ersten Zeit alle zwei Jahre in Rom; jetzt ist der Modus so, dass jährliche Sessionen stattfinden, und zwar abwechselnd ein Jahr in Rom, das nächste Jahr in einer anderen grösseren Stadt Italiens. In diesem Jahre tagte die Gesellschaft in Mailand anlässlich der daselbst stattfindenden Ausstellung; den Vorsitz führte wieder der erste Präsident der Gesellschaft Grazzi. Die Società Italiana hat gegenwärtig 26 Mitglieder.

In **Spanien** können wir seit zwei Jahrzehnten das Schauspiel verfolgen, wie man von Zeit zu Zeit mit echt südländischem Enthusiasmus und grossem Aplomb eine fachwissenschaftliche Organisation ins Leben ruft, um sie dann, wenn die Begeisterung wieder verpufft ist, einem kläglichen Hinsterben anheimfallen zu lassen. So wurde unter dem Vorsitz von Rafael Ariza, dem Begründer der spanischen Laryngologie, im Mai 1886 zu Barcelona die „Sociedad Española di Laringologia, Otologia y Rinologia" gegründet; aber bereits nach der zweiten Tagung im September desselben Jahres sollte sie nicht wieder zum Leben erwachen. Eine im Jahre 1899 in Madrid gebildete „Sociedad oto-rino-laringologica Matritense" konnte sich gleichfalls nur eines kurzen Daseins erfreuen. Im November 1895 erschien im „El Siglo Medico" ein von Compaired unterzeichneter Aufruf an die spanischen Ohren- und Kehlkopfärzte, zu einem Congress zusammenzutreffen. Nachdem im Januar 1896 in Madrid eine Vorbesprechung stattgefunden hatte, fand im Oktober daselbst die Tagung des „Pri-

mero congreso español di Oto-Rino-Laringologia" unter dem Präsidium von Julian Calleja statt. Trotzdem der Mangel an Organisation und die Dürftigkeit der wissenschaftlichen Ausbeute gezeigt hatte, dass die Laryngologie in Spanien zu einem solchen Unternehmen noch nicht reif war, wurde der Versuch wiederholt, und es wurde — scheinbar mit mehr Erfolg — 1899 der zweite Congress in Barcelona unter dem Vorsitz von Roquer y Casadesus abgehalten. Aber schon der dritte, für 1902 in Madrid beschlossene Congress kam nicht mehr zu Stande. Zur Zeit besteht für die spanischen Laryngologen eine Gelegenheit, mit einander in persönlichen Connex und Ideenaustausch zu treten, nur in der seit einiger Zeit eingerichteten „Oto-laryngologischen Section der Academia médico-quirurgica espanola".

In **Belgien** erfolgte eine Organisation der Fachgenossen bei der Gelegenheit des in Brüssel 1888 tagenden IV. Internationalen Otologencongresses. Bei einem zwanglosen Zusammensein, zu dem der Vorsitzende des Congresses, Charles Delstanche, die belgischen Ohren- und Kehlkopfärzte, die sich damals in Brüssel eingefunden hatten, geladen hatte, wurde beschlossen, dass man sich alljährlich am Pfingstmontag in der Hauptstadt oder an einem anderen grösseren Ort des Landes in gleicher Weise versammeln wolle. Diese zwangslosen Zusammenkünfte, bei denen wissenschaftliche Fragen erörtert wurden, fanden bis zum Jahre 1896 statt. Dann wurde in einer ausserordentlichen Sitzung der Beschluss gefasst, eine reguläre Gesellschaft mit festen Normen zu constituiren. In Brüssel erfolgte am 7. Juni 1896 die erste Sitzung der neugegründeten „Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie". Seitdem findet jährlich zu Pfingsten eine Tagung der Gesellschaft statt, die gewöhnlich zwei Tage in Anspruch nimmt. Die Verhandlungen erscheinen ausser in einem eigenen Bulletin seit 1902 auch in der „Presse otolaryngologique Belge". Die Gesellschaft zählt 78 Mitglieder, wozu noch 60 correspondirende kommen. Vorsitzender ist für 1906 bis 1907 H. Hennebert.

In den **Niederlanden** traten die Oto-Laryngologen im Jahre 1893 auf Initiative von Guye und Zwaardemaker zu einer Vereinigung zusammen. Es bildete sich die „Nederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging", die am 2. Juli in Utrecht unter dem Präsidium von Guye ihre erste Sitzung abhielt. Seitdem finden die Versammlungen jährlich ein- oder zweimal statt, zumeist in Amsterdam oder Utrecht, bisweilen auch in anderen grösseren Städten Hollands. Als Nachfolger Guye's wurde im Jahre 1905 Zwaardemaker gewählt. Die Mitgliederzahl beträgt zur Zeit 54. Die Verhandlungen erscheinen in der „Nederlandsch Tydschrift voor Geneeskunde".

In den nordischen Reichen fanden wir bis vor kurzem eine Fachvereinigung nur in **Dänemark**. Dort bildete sich im Jahre 1899 die „Dansk Oto-laryngologisk Forening" und hielt am 11. März unter dem Präsidium Schmiegelow's ihre erste Sitzung ab. Die Vereinigung zählt heute 21 Mitglieder und versammelt sich sechs- bis achtmal jährlich im Poliklinikken in Kopenhagen. Ihr derzeitiger Vorsitzender ist A. C. Grönbech. Die Sitzungsberichte sind in den „Dansk oto-laryngologisk Forenings Forhandlinger" gesammelt.

Seit ungefähr einem Jahre haben sich in Stockholm auch die schwedischen Oto-Laryngologen zu einer freien fachwissenschaftlichen Vereinigung zusammengethan, die bisher ohne Statuten und ohne Vorsitzenden ist und ihre Verhandlungen nicht publicirt.

In **Russland** bildete zuerst eine zeitweilig bestehende oto-laryngologische Section bei den allgemeinen Aerzte-Congressen für die Kehlkopf- und Ohrenärzte die Stelle, an der sie miteinander Erfahrungen und Gedanken austauschen konnten. Im Jahre 1899 entstand auf eine Anregung Heryng's der „Warschauer Laryngo-Otiatrische Verein" als selbstständige Section der Warschauer Medicinischen Gesellschaft; er hält wöchentlich Sitzungen ab. Die Zahl der Mitglieder beträgt 30. Die Verhandlungen werden bisweilen in der Zeitschrift „Medycyna" abgedruckt. Vorsitzender ist A. v. Sokolowski. Auch in Moskau besteht seit dem Jahre 1897 eine von Scott gegründete „Moskauer oto-rhino-laryngologische Gesellschaft", deren Vorsitzender zur Zeit von Stein ist. In St. Petersburg existiren zwei Fachvereine. Zunächst entstand auf Initiative Hellat's im Jahre 1902 eine „Gesellschaft für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfärzte zu St. Petersburg", die aber erst im Herbst 1903 ihre ministerielle Bestätigung erhielt; ihr Vorsitzender ist Simanowski und ihre Sitzungsberichte erscheinen von Zeit zu Zeit im „Wratsch". Im Winter des vergangenen Jahres trat eine Anzahl der thätigsten Mitglieder, die sich dem Einfluss gewisser, im Verein zur Herrschaft gelangter Persönlichkeiten nicht unterwerfen wollten, aus und gründeten einen neuen „St. Petersburger oto-laryngologischen Verein", der unter dem Vorsitz von Nikitin monatlich Sitzungen im „Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna" abhält. Die Mitgliederzahl dieses neuen Vereins beträgt 25. Seit April dieses Jahres besitzt der Verein ein eigenes Organ: „Jeshemesjatschnik uschnych, nossowych i gorlowych bolesnej" (Monatsschrift für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten), die erste und einzige unserer Specialdisciplin gewidmete Zeitschrift in russischer Sprache.

In **Japan**, wo an deutschen Hochschulen ausgebildete Aerzte als Lehrer der Laryngologie wirken, besteht seit 1895 die „Japanische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Tokio". Sie wurde von Kanasugi, der in Würzburg seine fachwissenschaftliche Vorbildung erhalten hatte, ins Leben gerufen. An seiner Stelle führt seit einigen Jahren W. Okada, ein Schüler Fränkel's, der die Professur für Oto-Laryngologie an der Kaiserlichen medicinischen Universität in Tokio bekleidet und dort als Leiter der Universitäts-Poliklinik und Klinik für Hals- und Ohrenkranke fungirt, den Vorsitz der Gesellschaft. Ihre Verhandlungen sind in der leider in japanischer Sprache erscheinenden „Japanischen Zeitschrift für Oto-Rhino-Laryngologie" enthalten, von der bis jetzt zwölf Bände vorliegen. Die Gesellschaft hält monatlich ihre Sitzungen ab. Einmal im Jahre, im April, tagt der japanische medicinische Congress, der eine oto-rhino-laryngologische Section hat.

Die Stellung der Laryngologie auf den **Internationalen medicinischen Congressen** hat seit einem Vierteljahrhundert zu immer neuen Erörterungen und Kämpfen Anlass gegeben. Auf dem VII. Congress in London 1881 mussten sich die Laryngologen noch mit einer der Abtheilung für innere Medicin beigege-

benen Subsection begnügen; mitbestimmend dafür, dass sie keine eigene Section erhielten, war der Umstand, dass man Morell Mackenzie bei seiner notorischen Unbeliebtheit nicht das Präsidium einer solchen übertragen wollte, das man ihm seiner wissenschaftlichen Bedeutung nach nicht hätte vorenthalten können. Auf dem nächsten Congress in Kopenhagen 1884 hatten die Laryngologen endlich, nachdem ein Versuch, sie wieder mit den Otologen zu einer Section zu verbinden, gescheitert war, die freudige Genugthuung, ihr Fach einer selbständigen Abtheilung gewürdigt zu sehen. Der im Jahre 1887 in Washington stattfindende IX. Congress litt unter schweren Misshelligkeiten. Im Schosse des amerikanischen Organisationscomités hatten sich Spaltungen in verschiedenen Sondergruppen vollzogen; in dem zwischen diesen entbrannten Kampf unterlag die den Osten mit seinen alten und wohlrenommirten medicinischen Centren repräsentirende Partei dem Süden und Westen. Die Folge war, dass die überwiegende Mehrzahl gerade der aus jenen Centren kommenden amerikanischen Laryngologen von internationalem wissenschaftlichen Ruf von der Betheiligung zurücktraten und dass die europäischen Fachgenossen, in der Hoffnung getäuscht, anlässlich des Congresses die Bekanntschaft ihrer hervorragendsten amerikanischen Collegen zu machen, gleichfalls fast vollständig der Veranstaltung fern blieben. Sowohl während der Vorarbeiten zu dem Washingtoner Congress wie im Vorstadium der in Rom und Moskau stattfindenden tauchte immer wieder bei dem Congresscomité das Projekt auf, Laryngologie und Otologie zu gemeinsamer Arbeit in einer Section zusammen zu zwängen; jedesmal aber konnte dieser Versuch durch energischen Protest von Seiten der Vertreter beider Fächer wieder im Keime erstickt werden. Obwohl in London, Kopenhagen, Berlin, Rom, Moskau die Laryngologie den glänzenden Beweis erbracht hatte, dass sie sowohl nach Umfang des zu bewältigenden Arbeitspensums, wie nach dem wissenschaftlichen Werth ihrer Leistungen durchaus berechtigt war, mit den übrigen medicinischen Sonderfächern gleich zu rangiren und gleich diesen Unabhängigkeit und Selbständigkeit ihrer Section zu beanspruchen, machte man doch wiederum in Paris 1900 den Versuch, ihr die Stellung einer „section secondaire" neben einer solchen für Otologie anzuweisen. Auch hier siegte jedoch die bessere Einsicht des Organisationscomités, und die Laryngologen erhielten wieder ihre eigene Vollsection. Trotzdem auf dem Pariser Congress Otologen und Laryngologen zu einer besonderen Sitzung zusammengetreten waren und gegen die immer wiederkehrenden Bestrebungen, ihnen eine beiden Theilen gleich unwillkommene Gemeinschaft aufzuzwingen, in einer Resolution nachdrücklichst protestirten, auch die bestimmte Erwartung aussprachen, dass sie bei dem nächsten Congress des ewigen Kampfes um ihre Unabhängigkeit enthoben sein möchten, machte das Organisationscomité dieses Congresses (Madrid 1903) doch wieder den Versuch zur Constituirung einer oto-laryngologischen Section, liess dann aber freilich — in Folge des energischen Protestes von Semon und Fränkel, den unermüdlichen Kämpfern für Anerkennung und Ansehen der Laryngologie — den Versuch wieder fallen. Wie dann im vorigen Jahr der alte Kampf angesichts der unbegreiflichen Haltung der Lissaboner Congressleitung, die zunächst Laryngologie, Otologie und „Stomatologie" seu Zahnheilkunde zu einer Section zusammenkoppeln wollte, dann zu dem bedenklichen Auskunfts-

mittel griff, jedem der drei Fächer eine Subsection zu geben, ganz besonders heiss entbrannte, wie dieses Beginnen den lebhaftesten Controversen und energischsten Protesten bei Laryngologen und Otologen begegnete, wie dann, als alle Gegenvorstellungen an dem obstinaten Verhalten des Comités gescheitert waren, sowohl von otologischer wie laryngologischer Seite fast einmüthig der Beschluss gefasst wurde, dem Congress fern zu bleiben und so beide Fächer in Lissabon nur in höcht mangelhafter Weise repräsentirt waren — das alles sind Dinge, die noch frisch in unser aller Gedächtniss haften.

Der immer wiederkehrende Kampf um die Selbständigkeit ihres Faches bei den Internationalen Medicinischen Congressen hat bei den Laryngologen in den letzten Jahren den Gedanken wieder aufleben lassen, sich von der Willkür des jedesmaligen Organisationscomités und den für dieses bestimmenden localen Rücksichten dadurch in gewissem Maasse unabhängig zu machen, dass sie, wie es die Otologen schon seit vielen Jahren thun, eigene periodisch wiederkehrende internationale Zusammenkünfte abhalten. Noch zu einer Zeit, als die Laryngologie mühsam um ein bescheidenes Plätzchen an der Sonne kämpfte — im Jahre 1880 —, war ein solches Projekt zur Verwirklichung gelangt. Anknüpfend daran, dass in jenem Jahre in Mailand ein Internationaler Otologen- und Ophthalmologen-Congress stattfinden sollte, erliess Labus, Chef der Halsabtheilung des Ospedale maggiore, einen Aufruf an die Rhino-Laryngologen, gleichzeitig dort zu einer internationalen Tagung zusammen zu treffen. Der Plan begegnete dem Beifall der Fachgenossen, und so kam in Mailand unter dem Vorsitz von Labus am 2. bis 5. September 1880 der „Erste Internationale Congress für Laryngologie" zu Stande, von dessen ernster Arbeit der vom Präsidenten veröffentlichte Compte-rendu Zeugnis ablegt. Die für 1882 in Paris geplante Wiederholung der Veranstaltung wurde nicht verwirklicht, man glaubte, durch eine inzwischen bei den allgemeinen Internationalen Medicinischen Congressen erlangte würdige Stellung der Laryngologie der Nothwendigkeit, Sondercongresse zu veranstalten, enthoben zu sein, eine Hoffnung, die, wie die Zukunft lehrte, trügerisch war. Ein Internationaler Laryngo-otologischer Congress, der in Paris anlässlich der Weltausstellung im Jahre 1889 tagte, kann nur einen episodischen Werth beanspruchen. Die Anregung zu seinem Zustandekommen war in der Schlusssitzung des 1888 in Brüssel versammelten Internationalen Otologencongresses gegeben worden, und er fand vom 16.—21. September im Trocaderopalast unter dem Vorsitz von Gellé statt. In der Theilnehmerliste begegnen wir nur drei deutschen Namen; unter den Ehrensekretären, die als Repräsentanten der einzelnen Länder gewählt wurden, war kein Deutscher.

Im Jahre 1908 wird in Wien anlässlich der vor 50 Jahren erfolgten Begründung der klinischen Laryngologie durch Türck und Czermak ein Internationaler Laryngologencongress stattfinden, zu dem die Wiener Laryngologische Gesellschaft die Fachgenossen aller Länder eingeladen hat, und der nach dem bisher vorliegenden Programm eine würdige Feier jenes Ereignisses und gleichzeitig eine Genugthuung und ein Ersatz für die im vorigen Jahre unserem Fache verloren gegangene Gelegenheit zu einer seiner Bedeutung entsprechenden Vertretung zu werden verspricht. Erfüllt sich die Erwartung, dass jener Wiener Congress den

Ausgang bilden wird für die Einrichtung permanenter, periodisch wiederkehrender internationaler Laryngologencongresse, so würde das den Schlussstein bedeuten, der das Gebäude der rhino-laryngologischen Organisationen krönt.

Finder.

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **H. Gutzmann. Zur Physiologie und Pathologie der Athmungsbewegungen (Pneumographie).** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. 1906.*

G. verwendet als Gürtelpneumographen einen Gummischlauch, der einem unelastischen Gurtband angenäht ist, bei Säuglingen die pneumatische Birne nach Fick. Zum Schreiben benutzt er Engelmann'sche Kapseln und ein einfaches Kymographion. — Die normale Athemcurve wird durch rein psychische Alteration verändert; diese Veränderungen sind aber ungleichmässig, so dass ihre Verwerthung zur Diagnose von Seelenzuständen nicht angängig ist. — An den Curven chloroformirter Patienten sieht man, dass im ersten Stadium der Narkose deutliche Tachypnoe und Platypnoe auftritt, von denen sich die Tachypnoe in der tieferen Narkose so wesentlich steigert, dass hier fast zwei Athemzüge auf einen im Wachzustande fallen. — Zwischen Ruhe- und Sprechathmung sind folgende Unterschiede: die Athmungsbewegung in der Ruhe ist automatisch, Brust- und Bauchathmung sind gleichmässig. Die Inspiration ist nur wenig kürzer als die Exspiration. Es wird nur ein kleines Luftvolumen bewegt. Der Weg der Athmung geht durch die Nase. Die Stimmlippen bilden bei In- und Exspiration ein längliches Dreieck. Die Athmungsbewegung beim Reden und Singen ist willkürlich, es besteht überwiegende Innervation der costalen Bewegungen. Die Inspiration ist sehr kurz, die Exspiration sehr lang. Es wird ein grosses Luftvolumen bewegt. Der Weg der Athmung geht durch den Mund. Die Stimmlippen bilden bei der Inspiration ein grosses Fünfeck, bei der Exspiration einen schmalen Spalt, die trennende Stimmritze. — Abweichungen von den normalen Athmungsbewegungen, wie sie z. B. beim Stottern, der Aphonia spastica, der Mogiphonie auftreten, geben den Hinweis auf eine geregelte Athemtherapie, die so ausgeführt wird, dass der Patient lernt, jede Phase der Athembewegung unter seiner Willenscontrole zu haben; dazu ist am besten die costale Athmung, die mit den flach aufgelegten Händen in jeder Phase controlirt werden kann.

J. KATZENSTEIN.

2) **J. C. Buckwalter. Husten. Extrapulmonare Ursachen des Hustens infolge pathologischer Zustände in den oberen Respirationswegen. (Cough. Extrapulmonary causes of cough in consequence of pathological changes in the upper respiratory tract.)** *Medical Fortnightly. 10. August 1906.*

In den mitgetheilten Fällen waren die Ursachen, die zum Husten Anlass gaben: Eczema auris, Uvula elongata, Leiste am Septum, Hypertrophie der Zungentonsille.

EMIL MAYER.

3) W. Sohier Bryant. **Functionelle Störungen von Seiten der Ohren und oberen Athmungswege bei Geisteskranken. (Functional derangement of the ears and upper air tract in insane.)** *Medical Record. 25. August 1906.*

Verf. hat 161 Patienten des Manhattan-Hospitals, von denen die meisten an Gehörshallucinationen litten, untersucht. Von diesen litten nur 15 nicht an Ohrenkrankheiten. Otorhinologische Behandlung führte in 3,7 pCt. der Fälle Besserung herbei.

LEFFERTS.

4) Wm. C. Bane. **Die medicamentöse Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. (The medical treatment of tuberculosis of the upper air passages.)** *Colorado Medical Journal. August 1906.*

Eine 4proc. Resorcinlösung und eine 5proc. Cocainlösung werden zuerst angewandt, sodann eine Formalinlösung von 1 : 500 bis 1 : 30. Orthoform wird als locales Anaestheticum empfohlen.

EMIL MAYER.

5) H. Barwell. **Hals und Nase in Bezug zur Phthise. (The throat and nose in relation to phthisis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Juli 1906.*

Verf. betrachtet die hyperplastischen Gebilde des lymphatischen Rachenringes als Eingangspforte für tuberculöse Infection und plaidirt für deren frühzeitige Entfernung.

LEFFERTS.

6) Wolff Freudenthal. **Die klimatische Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. (The climatic treatment of tuberculosis of the upper air tract.)** *The Laryngoscope. October 1906. Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1906.*

Verf. theilt sein Thema in vier Theile: Aerotherapie, Heliotherapie, Altotherapie und Thalossotherapie.

EMIL MAYER.

7) Robert Levy. **Chirurgische Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege und des Ohres. (Surgical treatment of tuberculosis of the upper air passages and the ear.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1906.*

Tuberculose der Nase eignet sich gut für chirurgische Behandlung; es kommen in Anwendung Curettage und Excision mit der kalten oder galvanokaustischen Schlinge. Bei Tuberculose des Pharynx hält Verf. alle chirurgischen Maassnahmen für contraindicirt; sie haben hier nur palliativen Werth. Bei Kehlkopftuberculose sind in Fällen von Oedem und fester gleichmässiger Infiltration tiefe Incisionen, auf die man zweckmässig Einreibungen von Milchsäure folgen lässt, angebracht. Excision der tuberculösen Partien ist nur da gerechtfertigt, wo man damit eine völlige Beseitigung des Krankheitsherdes erhoffen kann, und zwar ist zu bedenken, dass dieser oft ausgedehnter ist, als man nach der laryngoskopischen und mikroskopischen Untersuchung erwarten sollte. Curettage ist angebracht bei Geschwüren und weichen Excrescenzen; doch richtet sich ihre Anwendbarkeit nach dem Charakter der Geschwüre. Galvanokaustik ist bei kleinen leicht zugänglichen tuberculösen Geschwüren empfehlenswerth. Tracheotomie kann bei Kindern von

Werth sein; indicirt ist sie bei Dyspnoe. Für die Laryngectomie liegt wahrscheinlich niemals eine Indication vor.

EMIL MAYER.

8) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Behandlung der tuberculösen Erkrankung der oberen Luftwege. (Treatment of tubercular disease of the upper respiratory tract.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1906.*

Bei Larynxtuberculose ist Schweigecur in einem Sanatorium sehr angebracht; sie erweist sich als besonders wirksam, wenn die Arygelenke ergriffen sind. Es kann keine Besserung im Zustand eintreten, wenn sich nicht pari passu auch der Zustand der Lungen bessert. Intratracheale Injectionen sind ebenso wie Inhalationen von Nutzen. Gegen den durch die Larynxaffection bedingten Husten wirkt Codein fast wie ein Specificum. Dionin soll man geben, wenn Dysphagie das hervorstechendste Symptom ist; das wirksamste locale Mittel gegen diese ist Anaesthesin. Was die localen Behandlungsmethoden anbelangt, so hat die Anwendung von Milchsäure nur Zweck, wenn man es mit einem circumscripten Geschwür über einer flachen Infiltration zu thun hat oder wenn sie mittels der Curette zu einer flachen umgewandelt worden ist; der Werth ihrer Application auf eine Oberfläche ohne Continuitätstrennung ist sehr zweifelhaft. Von Nutzen kann auch die Abtragung der Epiglottis sein; besonders wirksam ist diese Operation gegen Schmerzen infolge Infiltration der Epiglottis. Von innerlich zu gebrauchenden Medicamenten empfiehlt Verf. Thiocol und Ichthyol.

A. J. BRADY.

9) **Dobrowolski. Ein Fall von Lues hereditaria condylomatosa pharyngis et laryngis.** *Medycyna. No. 33. 1906.*

Bei einem $2^1/_2$jährigen Knaben hatten sich allmälig grau-weissliche Flecken auf dem weichen Gaumen (Uvula), Tonsillen, Epiglottis und aryepiglottischen Falten gebildet. Der allgemeine Zustand des Knaben war gut, ohne Fieber. Der Belag sah den croupösen Membranen sehr ähnlich. In den mikroskopischen Präparaten wurden jedoch keine Diphtheriebacillen gefunden. Infolge dessen nahm Verf. an, man habe es mit Lues zu thun und ordnete eine entsprechende Behandlung (Sublimatbäder) an. Die Beläge schwanden nachdem allmälig. Verf. betrachtet diesen Fall als eine Seltenheit.

A. v. SOKOLOWSKI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **Harmon Smith. Aneurysma der Nasenspitze. (Aneurysm of the tip of the nose.)** *The Laryngoscope. Februar 1906.*

Es handelte sich um einen pulsirenden contractilen Tumor bei einem 13jährigen Knaben.

EMIL MAYER.

11) **Trétrop. 6 Fälle von abgekapselten Abscessen der Nasenspitze mit bakteriologischer Untersuchung. (Six cas d'abcès enkystés du lobule du nez avec examen bactériologique.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. 1906.*

Die Bildung des eingekapselten Nasenspitzenabscesses, wovon T. in der Klinik des Spitals Stuivenberg innerhalb der letzten 4 Jahre 6 Fälle beobachtet

hat, erheischt im Mittel 6—8 Tage. In dem weisslichen rahmartigen Eiter fand man den Staphylococcus pyogenes albus und aureus, und zwar in Reincultur.

BAYER.

12) **Mannel** (Tann). **Ein Fall von Haemangioendothelioma perivasculare nasi.** *Dissert. Würzburg 1906.*

Die Geschwulst hatte ihren Sitz auf dem Nasenrücken bei einer 49jährigen Frau und war infiltrirend und destruirend in die Nachbarschaft eingedrungen.

SEIFERT.

13) **Hennebert. Ueble Zufälle nach einem Nasenfurunkel. (Accidents consécutifs à un furoncle nasal.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1905.*

Im Cercle Médical von Brüssel (Sitzung vom 4. Mai 1905) berichtet H. über die üblen Folgen eines Nasenfurunkels: nach galvanokaustischer Eröffnung desselben stieg die Temperatur auf 39,5°, mit Auftreten eines über den ganzen Körper verbreiteten scharlachähnlichen Exanthems, welches 8 Tage anhielt; vorübergehende Glykosurie; disseminirte Gelenkschmerzen; darauf Desquamation der Epidermis und schliesslich Auftreten einer ausgedehnten diffusen Halsphlegmone, seitlich des Larynx mit Oedem der Hälfte des Larynxeinganges. Deridder giebt zu bemerken, dass er selbst nach einem Nasenfurunkel ein Erysipel, Urticaria, Pleuritis und Pneumonie bekam. Seine Sputa enthielten Pneumokokken.

PARMENTIER (BAYER).

14) **Hill Hastings. Augensymptome nasalen Ursprungs. Bericht über einen Fall von retrobulbärer Neuritis und andere zur Illustration dienende Fälle. (Ocular symptoms of nasal origin. Report of a case of retrobulbar neuritis and other illustrative cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1906.*

Verf. berichtet über folgende Fälle:

1. Ptosis des linken Augenlides. Erkrankung der linken Stirn-, Oberkieferhöhle und des Siebbeins.

2. Dumpfer Schmerz im rechten Auge. — Erkrankung der rechten Keilbeinhöhle.

3. Augenschmerzen und häufige Kopfschmerzen. Keilbeineiterung.

4. Neuralgische Schmerzen in den Augen und Kopfschmerzen. Chronische Eiterung der Nasennebenhöhlen auf beiden Seiten und atrophische Rhinitis.

5. Retrobulbäre Neuritis mit Ausgang in centrales Scotom, infolge Eiterung der hinteren Siebbeinzellen.

EMIL MAYER.

15) **Egmont Baumgarten** (Ofen-Pest). **Acute Erkrankungen des Auges infolge von acuten Nasenerkrankungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1906.*

Bericht über eine Reihe einschlägiger Fälle nebst epikritischen Betrachtungen:

1. Einseitiger Exophthalmus, beiderseitige Chemosis infolge von seröser Ethmoiditis.

2. Chemosis und Ulcus septi narium.

3. Paresis Recti intern. et Obliqui inf., Diplopia infolge von Affection des Sinus sphenoidalis.

4. Neuralgia orbitalis und supraorbitalis durch eine eitrige Bulla ethmoidalis bedingt.

5. Exophthalmus und seröse Erkrankung der Keilbeinhöhle. HECHT.

16) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Beitrag zur Beleuchtung der Beziehung zwischen Nasen- und Augenkrankheiten. (Bidrag til Belysning af Forholdet mellem Sygdomme i Naesen og Oeiet.)** *Hospitals Tidende. 31. October 1906.*

Die Arbeit ist schon im Archiv f. Laryngologie, Bd. 18, 3. Heft, 1906, veröffentlicht. E. SCHMIEGELOW.

17) **Arthur G. Hobbs. Ein weiterer Fall von Priapismus infolge Reflex von der Nase aus. (Another case of priapism from nasal reflexes.)** *Atlantic Journal Record of Medicine. Juli 1906.*

Der Priapismus war heftig und hartnäckig und wich auf medicamentöse Behandlung nicht. Wegen gleichzeitiger Nasenverstopfung wurde Verf. consultirt. Er fand die unteren Muscheln stark geschwollen; Einträufelung von Adrenalinlösung hatte den Erfolg, dass die Erectionen aufhörten. Es ist dies der dritte vom Verf. gesehene Fall. Er führte einige Fälle an, in denen geschlechtliche Erregung jedesmal von Niesen begleitet war. EMIL MAYER.

18) **Lewis S. Somers. Nasenkrankheit und Neuralgie. (Nasal disease and neuralgia.)** *N. Y. Medical Journal. 15. September 1906.*

Verf. theilt 6 Fälle mit, durch die die verschiedenen Typen von Facialisneuralgie infolge Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen illustrirt werden sollen. Am häufigsten von allen nasalen Affectionen bedingt Hypertrophie der Muscheln und ganz besonders der mittleren Muschel Neuralgie. Der Zusammenhang von Neuralgie mit Oberkieferempyem ist nicht so häufig, wie der mit Stirnhöhlenempyem. Bei allen Formen von Frontalsinusitis, handle es sich nur einfach um eine Congestion der Sinusschleimhaut als Begleiterscheinung einer acuten Rhinitis oder um Eiterretention bei Empyem, beobachtet man häufig auf der afficirten Seite Neuralgie. Auch Siebbein- und Keilbeinempyeme können bisweilen die Ursache von Empyem sein. LEFFERTS.

19) **M. Toeplitz** (New-York). **Nasenstörungen bei Typhus abdominalis und ihre Folgen.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. Carl Marhold. Halle a./S. 6. November 1902.*

Die Nase und der Nasenrachenraum zeigen sich beim Typhus im Zustande des trockenen Katarrhs. Starke Hyperämie der Nasenschleimhaut, vorne am Septum Erosion, Blutungen; diese fallen zu 50 pCt. in das Incubations- und erste Fieberstadium und können lebensgefährlich werden.

Bei Erosionen und Geschwüren des Septum und solchen der unteren Muschel kommt es gelegentlich zu Synechien, wie es T. zweimal beobachtet hat. Die Geschwüre am Septum können auch zur Perforation derselben führen. Ferner kommt es bei Typhus gelegentlich zu Nebenhöhlenerkrankungen. A. ROSENBERG.

20) **Schleissner** (Prag). **Sigmatismus nasalis.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. gesammte Sprachheilkunde. November-December 1905.*

Erwähnenswerth ist der mitgetheilte Fall dadurch, dass es sich um einen 50jährigen Patienten handelt, ein Beweis dafür, dass dieser Fehler, der bisher meist bei jungen Individuen beschrieben wurde, wenn er nicht behandelt wird, bis in spätere Jahre andauert. Der Patient lernte schnell, auch bei offener Nase, den S-Laut in Verbindung mit einzelnen Vocalen richtig anzuwenden.

SEIFERT.

21) **Thomas J. Harris. Ziele und Grenzen der intranasalen Chirurgie bei der Behandlung chronischer nichteitriger Affectionen des Mittelohres. (The aims and limitations of intranasal surgery in the treatment of chronic nonsuppurative affections of the middle ear.)** *N. Y. Medical Journal. 14. April 1906.*

Die Nase spielt in vielen Fällen von Otitis media eine wichtige causale Rolle, jedoch durchaus nicht in allen derartigen Fällen, und zwar handelt es sich gewöhnlich um eine Nasenobstruction, durch welche die Ventilation des Mittelohres beeinträchtigt wird. In beginnenden Fällen von hypertrophischer Otitis media kann eine gewisse Besserung durch Behandlung der Nase erzielt werden, doch müssen die pathologischen Veränderungen in ihr derartige sein, dass sie, auch abgesehen von dem Zustande des Ohres, eine Behandlung erfordern würden, ferner muss man den wahren Charakter der Ohrenerkrankung ausfindig machen, da die sklerotische oder sogenannte hyperplastische Form ebensowenig wie adhäsive Veränderungen und Anchylosen durch die Nasenbehandlung nicht im geringsten beeinflusst werden. In diesen Fällen wäre solche Behandlung nicht zu rechtfertigen. Ohrensausen und Schwindel werden bisweilen durch Nasenbehandlung gebessert. Schliesslich plaidirt Verf. für einen engeren Zusammenschluss von Otologie und Rhinologie.

LEFFERTS.

22) **Grünwald** (Reichenhall-München). **Rhino-chirurgische Mittheilungen.** *Centralblatt f. Chirurgie. No. 3. 1906.*

1. Verfahren zur Freilegung sämmtlicher Nebenhöhlen der Nase und des Naseninneren.

An einem Fall mit umfangreichen Zerstörungen des Naseninneren durch Tuberculose zeigt Gr., wie durch einen verhältnissmässig einfachen Eingriff freier Einblick in die Nase und Nebenhöhlen gegeben werden und krankhafte Theile weitestgehend entfernt werden können.

2. Freilegung des Vestibulum nasi und knorpeligen Septums.

Nochmalige Beschreibung seines im Jahre 1896 auf der Naturforscherversammlung in Frankfurt angegebenen Verfahrens.

3. Resection des Vomer als Abschluss der Radicaloperation der Stirnhöhle.

Das Verfahren erscheint bei doppelseitiger Erkrankung besonders geeignet, aber auch bei einseitiger ohne wesentliche Schwierigkeiten anwendbar.

(Das erste Referat in No. 9 dieses Blattes (1906) bedauerlicherweise unvollständig.)

SEIFERT.

23) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Weitere Mittheilungen zur Rhinochirurgie.** (Fortsetzung zu dem gleichnamigen Artikel in Band 37 dieser Monatsschr., S. 280.) *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1905.*

A. Zur Chirurgie der Nasenscheidewand — Polemik gegen Winckler.

B. Zur Abklappung des harten Gaumens: Referat über 8 von anderen Autoren operirte und publicirte Fälle, sowie ausführlicher Bericht über 2 weitere einschlägige, vom Autor operirte Fälle.

HECHT.

24) **Polyák. Ueber den gegenwärtigen Stand der Nasenchirurgie.** *Orvosi Hetilap. No. 1.*

Zur Correctur der äusseren Formveränderungen der Nase dienen uns die Paraffininjectionen. Bei Deviationen üben wir die submucöse Fensterresection aus. Hypertrophische Nasenmuscheln entfernen wir mittels Scheere, Schlinge, Conchotom. Der Ductus naso-lacrymalis kann retrograd von der Nase aus dilatirt werden. Nasenpolypen entfernen wir sammt den erkrankten Knochentheilen; fahnden auf ein eventuell vorliegendes causales Empyem. Bei Empyemen der Highmorshöhle Punction durch die Nase; wenn keine Heilung eintritt oder bei sehr veralteten Fällen Aufmeisselung in der Fossa canina, Communication mit der Nasenhöhle und Naht der Mundhöhlenwunde. Bei ethmoidalem Empyem Ausräumung; bei Empyem des Sin. frontalis Ausspülungen, eventuell radicale Operation. Die Keilbeinhöhle wird meistens endosanal nach Entfernung der mittleren Muschel und Siebbeinzellen eröffnet. Maligne Tumoren erfordern eine temporäre Resection des Oberkiefers. Fibrome der Schädelbasis werden nach der Partsch'schen Methode operirt.

v. NAVRATIL.

25) **C. Goris** (Brüssel). **Beitrag zur Chirurgie der Gehirnbasis. (Contribution à la chirurgie de la base du cerveau.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1905. Annales de l'Institut chir. No. 6. 1905.*

11jähriges Kind mit heftigen Kopfschmerzen und Gesichtsfeldbeschränkung bis zu $^1/_6$, ohne Störungen seitens der Augenmedien noch der Pupillen. Eiter in der linken Nasenhöhle; bei der Rhinoskopia anter. sieht man eine Menge Eiter im linken mittleren Nasengang längs der hinteren Nasenwand herablaufen. Operation nach dem vom Autor angegebenen Verfahren mit Entfernung der mittleren Muschel und der darunter liegenden Zellen, worauf mit der Sonde eine Fistel entdeckt wird, welche in das Schädelinnere führt und wahrscheinlich den Infectionsweg zum Schädelinneren bildet. Der Infectionsherd beschränkt sich auf das Chiasma und seine Umgebung. Der Grund des Sin. sphenoid. ist intact; die Läsion sitzt an der Grenze des Keilbeins und Siebbeins. 24 Stunden später Verschlimmerung des Zustandes: Pulsbeschleunigung, 164; absolute Bewusstlosigkeit; Pupillenerweiterung und Pupillenstarre. G., einen Eiterherd in der Nähe des Sehnervenchiasma vermuthend, nahm einen weiteren Eingriff vor: Abtrennung der linken Nasenhälfte wie für die Resection des Oberkiefers; nach Lostrennung der Weichtheile der Orbita nach innen vom Os planum bis zum Grunde der Orbitalfläche entfernte er das Siebbein bis an den Sin. sphenoid.; ein Gehilfe verschob den Augapfel nach aussen und schützte ihn mit einem Löffelspeculum. G. führte nun die Finger-

spitze in den früher schon eröffneten Sin. sphenoid., dessen innere Wand die untere äussere Wand des Foramen opticum bildet, und entfernte diese, um unter das Chiasma gelangen zu können; er führte dann einen Streifen sterilisirter Gaze oberhalb und nach innen vom Nerv. optici ein und liess das Ende frei in die Nase hineinragen; am Tage darauf fand ein plötzlicher Erguss grauen Eiters in die operirte Seite statt, begleitet von einer allgemeinen Besserung, welche 2 Tage anhielt; am 3. Tage stieg die Temperatur jedoch wieder an, es zeigte sich eine Meningoencephalitis, welcher der Kranke am 5. Tage erlag.

BAYER.

26) Casablanca. **Ueber adenoide Vegetationen bei Säuglingen. (Des végétations adénoides du pharynx nasal chez les nourrisons.)** *Thèse de Bordeaux. 1905.*

Adenoide Vegetationen sind bei Säuglingen nicht selten. Es besteht Schwierigkeit beim Athmen und Saugen. Die Complicationen können mannigfaltig sein, z. B. eitrige Mittelohrentzündung mit Mastoiditis und Meningitis. Die Entfernung ist daher sehr angezeigt; man bedient sich dazu am besten einer Curette von besonderer Form und Grösse.

E. J. MOURE.

27) Jacob E. Schadle. **Ueber adenoide Vegetationen der Nasenrachenhöhle. (On adenoid vegetations in the naso-pharyngeal cavity.)** *St. Paul Medical Journal. Januar 1905.*

Eine Wiedergabe von Wilhelm Meyer's Originalarbeit mit Anmerkungen des Verf.'s.

EMIL MAYER.

28) Edward A. Hunttington. **Wirkung der Entfernung von Adenoiden auf geistige und seelische Entwickelung. (Mental and moral effets of the removal of adenoids.)** *American Medicine. 18. November 1905.*

Es handelte sich in den Fällen des Verf.'s um Kinder, die wegen geistiger und moralischer Minderwerthigkeit in besondere Schulen geschickt wurden und bei denen der günstige Einfluss der Adenoidoperation zu constatiren war.

EMIL MAYER

29) Crouzillac. **Asthma und adenoide Vegetationen. (Asthma et végétations adénoides.)** *Ann. des mal. de l'oreille du larynx etc. No. 1. Januar 1906.*

Verf. hat bei einem Knaben asthmatische Anfälle, an denen dieser litt, nach Wegnahme der adenoiden Vegetationen prompt verschwinden sehen.

E. J. MOURE.

30) Krebs. **Blutung nach Operationen von Adenoiden. (Hemorrhage after operations for adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 7. April 1906.*

Bei eintretender Blutung soll zuerst nachgesehen werden, ob Reste der Geschwulst herabhängen; ist dies der Fall, so müssen sie entfernt werden. Dann soll der Patient hingelegt werden und mit erhöhten Schultern ruhig liegen. Er soll Eispillen schlucken, tief durch die Nase inspiriren und durch den Mund exspiriren.

LEFFERTS.

31) **Geo B. Badgerow. Eine verbesserte Schlinge für Nase und Ohr. (An improved snare for nose and ear.)** *Canada Practitioner and Review. Januar 1906.*

Der gewöhnliche Schlingenführer ist aufgegeben und dadurch erzielt, dass die Schlinge sich leicht reinigen lässt.

EMIL MAYER.

32) **J. Edward Duffee. Neue Nasenschlinge. (New nasal snare.)** *Journal of the American Medical Association. 7. April 1906.*

Dns Instrument hat einen „Pistolenkolbengriff", der dem Operateur einen freien Ausblick auf das Operationsfeld erlaubt und gut in der Hand liegt. Die Schlinge ist sehr leicht und haltbar.

EMIL MAYER.

33) **W. Bagerow. Eine verbesserte Schlinge für Nase und Ohr. (An improved snare for nose and ear.)** *Lancet. 11. November 1905.*

Illustrirt. Sehr ähnlich der Wilde'schen Schlinge. Angefertigt bei Mayer und Meltzer.

ADOLPH BRONNER.

34) **Burton-Brown. Eine neue Retronasalspritze. (A new post nasal syringe.)** *Lancet. 18. August 1906.*

Illustrirt. Das Instrument besteht aus einem gebogenen und am Ende aufwärts gerichteten Metallrohr, das an einem Gummigebläse angebracht ist. Angefertigt bei Hewlett, Charlottestr. E. C.

ADOLPH BRONNER.

c. Mundrachenhöhle.

35) **H. Stahr. Vergleichende Untersuchungen an den Geschmackspapillen der Orang-Utang-Zunge.** *Zeitschrift f. Morphol. u. Anthropologie. Bd. 9. Heft 3. S. 344.*

Die Pap. vallatae bilden das wichtigste Schmeckorgan des Orang. Nicht die Zahl und der histologische Aufbau, wohl aber ihrer Stellung und die gegenseitigen Grössenunterschiede der einzelnen Papillen unterscheiden sie von denen des Menschen. Näher verwandt sind in dieser Hinsicht die drei grossen Anthropoiden untereinander, obwohl wieder Unterschiede unter ihnen bestehen. Sie schliessen sich durchaus den anderen katarrhinen Primaten an. Gegen sie tritt die Bedeutung der (lenticulären) Pap. fungiformes zurück, wie beim erwachsenen Menschen.

Die Pap. foliata ist klein und tritt gegen die Vallataegräben zurück. Aber sie ist keineswegs rudimentär, wie beim Menschen. Vallaten und Foliaten sind durchaus symmetrische Bildungen.

J. KATZENSTEIN.

36) **H. Hamecher. Ein Beitrag zur Frage des Vorkommens einiger Mundhöhlendrüsen (der Gl. parafrenularis, paracaruncularis, sublingualis und der Gl. marginalis linguae) und eigenartiger Epithelnester im Epithel der Ausführungsgänge von Mundhöhlendrüsen.** *Anatom. Anzeiger. XXVIII. 15/16. S. 405.*

Die Gl. sublingualis paracaruncularis kommt bei der Ziege vor, liegt unweit der Ausführungsgänge der Gl. submaxillaris und sublingualis an der Caruncula

sublingualis, hat tubulo-alveolären Bau und giebt Schleimreaction. Die Nuhn'sche Drüse oder Gl. parafrenularis kommt vor bei Schaf und Ziege, nicht beim Rind; sie ist eine Schleimdrüse von tubulo-alveolärem Bau. Die Zungenwanddrüsen zerfallen beim Pferde in oberflächliche und tiefe, kommen vor bei den Wiederkäuern, beim Schwein und bei den Fleischfressern; sie sind reine Schleimdrüsen. In den Ausführungsgängen mancher Mundhöhlendrüsen bestehen Epithelnester, die nach H. intraepitheliale Eiweissdrüsen sind.

J. KATZENSTEIN.

37) **J. E. Power. Der Mund und Allgemeinerkrankungen. (The mouth and systemic diseases.)** *N. Y. Medical Record. 11. August 1906.*

Verf. betrachtet die Allgemeinerkrankungen, die durch Infection an der Mundhöhle entstehen. Drüsenschwellungen, Herzaffectionen und Tuberculose werden besonders erwähnt; auch von Lungengangrän, Leberkrankheiten ist die Rede. Verf. betont auch die Bedeutung des Bacteriengehaltes der Mundhöhle bei Operationen in derselben.

LEFFERTS.

38) **Galewsky** (Dresden). **Ueber Lippen- resp. Mundwasser-Ekzeme.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1906.*

Autor beobachtete eine Reihe von Fällen mit mehr weniger schuppendem Ekzem der Mundöffnung, Kinn, Ober- und Unterlippe, die auf den Gebrauch eines Mundwassers zurückzuführen waren und nach Weglassung desselben rasch abheilten. Galewsky stellte eine systematische Untersuchung über eine grosse Zahl der gebräuchlichsten Mundwässer, ihre Zusammensetzung und den etwaigen das Ekzem verursachenden Bestandtheil an und kommt zu dem Schluss, dass in erster Linie das Pfefferminzöl bei einer Reihe Patienten für das Auftreten des Ekzems verantwortlich zu machen ist, „dass es aber noch eine Reihe von Stoffen geben muss, welche ausser dem Pfefferminzöl Ekzeme hervorrufen können"; in erster Linie scheinen dies die aromatischen Oele und insbesondere die darin enthaltenen Terpene zu sein. Sodann giebt es eine Reihe von Patienten, die überhaupt kein Mundwasser, welches irgendwie reizende Stoffe enthält, vertragen. Fernhaltung der schädlichen Stoffe lässt das Ekzem rasch abheilen.

HECHT.

39) **Wm. S. Gottheil. Einige Affectionen der Lippen, des Mundes und der Zunge, wie sie vom Dermatologen gesehen werden. (Some affections of the lips, mouth and tongue as seen by the Dermatologist.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Fortsetzung eines vorhergehenden Artikels über dasselbe Thema; behandelt wird: herpetiformer Schanker der Lippen, hereditäre Syphilis der Lippen, Schanker der Zunge und „schwarze Zunge".

EMIL MAYER.

40) **Jaq. F. Schamberg. Schanker der Lippe. (Chancre of the lip.)** *N. Y. Medical Journal. 11. August 1906.*

Der Fall war interessant wegen der Möglichkeit einer Verwechselung mit Epitheliom. Die Affection dauerte 4—5 Wochen; es zeigte sich eine Roseola auf dem Stamm.

LEFFERTS.

41) Adolph O. Pfingst. **Bericht über einen Fall von polypoidem Lipom der Zunge. (Report of a case of polypoid lipoma of the tongue.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Der Tumor war gestielt und zeichnete sich durch seine ungewöhnliche Grösse aus. Er trat zuerst im Alter von 3 Wochen auf und entwickelte sich sehr langsam im Laufe von 14 Jahren. Ausgesprochene klinische Symptome fehlten. Während der ganzen 15 Jahre war trotz der auffälligen Grösse der Geschwulst keine ärztliche Hülfe nachgesucht worden.

EMIL MAYER.

42) Robert Knox. **Ein Fall von Zungenepitheliom mit secundären Geschwülsten in den Halsdrüsen und der Leber, mit X-Strahlen behandelt. (A case of epithelioma of the tongue with secondary growths in the glands of the neck and the liver treated by x-rays.)** *Lancet. 23. Juni 1906.*

Pat. hatte eine schmerzhafte Anschwellung auf der rechten Halsseite unter dem Kieferwinkel und eine verhärtete Region auf der rechten Hälfte des Zungenrückens. Er verweigerte jede Operation. Vom Juni bis November 1904 wurden X-Strahlen angewandt. Die vergrösserten Drüsen wurden kleiner und weniger schmerzhaft. Die Geschwulst der Zunge wurde kleiner und weicher. Die allgemeine Gesundheit besserte sich so, dass Pat. wieder seinen Geschäften nachgehen konnte. Im November fand man eine grosse Leberschwellung und die Behandlung wurde unterbrochen. Frühzeitig im Jahre 1905 traten starke Schmerzen im Magen auf, es entstand Ascites und im Juli 1905 starb Patient.

Man fand auf dem Zungenrücken eine kleine geschrumpfte Geschwulst, die nicht hart war und in deren Umgebung keine Infiltration bestand. Die Zungengeschwulst war ein Epitheliom, die Zellen waren klein und geschrumpft. In den Drüsen waren die Zellen noch mehr degenerirt und der Tumor war zum Theil durch fibröses Gewebe ersetzt. Der Aufsatz ist mit Abbildungen der mikroskopischen Präparate versehen.

ADOLPH BRONNER.

43) D. N. Eisendrath. **Befürwortung radicalerer Operationen bei Carcinom der Lippen und der Zunge. (A plea for more radical operations in cancer of the lips and tongue.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. September 1906.*

Es handelt sich stets um Plattenepithelcarcinome, die sich per continiutatem oder längs der Lymphräume oder Gefässe fortpflanzen und selten zu Metastasen führen. Daher sind die Chancen einer radicalen Operation sehr günstig. Sowohl in den leichteren wie in den schweren Fällen entfernt E. die Lymphknötchen und das umgebende Gewebe im submaxillaren Dreieck und längs der Vena jugularis. Geht bei Zungencarcinom die Geschwulst über die Mittellinie hinaus, so ist es besser, das ganze Organ zu entfernen. E. legt besonderes Gewicht auf die Entfernung der tiefen Cervicaldrüsen längs der Jugularis interna und auf die Vermeidung einer Infection des Operationsfeldes durch die primäre Geschwulst oder durch carcinomatöse Lymphknoten. Der primäre Herd sollte cauterisirt werden; man soll vermeiden, die afficirten Lymphknoten zu eröffnen. Verf. operirt den Zungenkrebs bei kräftigen Patienten ohne zu starke Betheiligung der Drüsen in einer Sitzung;

nur wenn diese sehr stark befallen sind, folgt er Butlin's Rath, in zwei Zeiten zu operiren.

EMIL MAYER.

44) Ch. Willems. **Präventivinjectionen von Antistreptokokkenserum bei intrabuccalen Operationen. (Injections préventives de sérum antistreptococcique avant les opérations intrabuccales.)** *La Belgique Méd. No. 46. 1905.*

W. verwendet bei der Palatoplastik und Staphylorrhaphie Präventivinjectionen mit Antistreptokokkenserum: 20 ccm am Vorabend der Operation und häufig eine zweite von der gleichen Quantität am Schlusse der Operation; die secundären Wunderscheinungen scheinen ihm seither geringer und von kürzerer Dauer. Die Resultate seien ausgezeichnete; er operirt vom 3. Lebensjahre an und hat seither keinen Misserfolg mehr zu verzeichnen.

BAYER.

45) B. G. Copeland. **Präliminare Tracheotomie bei Operationen an Zunge und Pharynx, nebst Bericht von Fällen. (Preliminary tracheotomy in operations about the tongue and pharynx with report of cases.)** *International Journal of Surgery. September 1906.*

Verf. plaidirt für präliminare Tracheotomie in diesen Fällen.

EMIL MAYER.

46) T. Bobone. **Ein schwerer Fall von Tuberculose der Gaumenmandeln, der Gaumenbögen, der Uvula, des Pharynx und Nasenrachens, schnell und definitiv mit Methylenblau geheilt. (Caso grave di tuberculosi delle amigdale palatine, dei pilastri, dell'ugola, del faringe e del cavo naso-faringeo guarito rapidamente e definitivamente col bleu di metilene.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. II. 1905.*

Die 54jährige Patientin, die an Lungentuberkulose litt, zeigte eine grosse Ulceration, die sich auf die hintere und die seitlichen Pharynxwände, beide Gaumenmandeln, Gaumenbögen, einen Theil der Uvula und die Ränder des weichen Gaumens erstreckte. Postrhinoskopisch sah man die Ulceration bis zum Rachendach reichen und die Oberfläche des Gaumensegels einnehmen. Selbst Wasser verursachter grosse Schmerzen und gerieth zum grossen Theil in den Nasenrachen. Larynx wa frei. Verf. kratzte die Geschwürsfläche zuerst mit einem scharfen Löffel aus, betupfte sie dann mit Wattebäuschen, die in 1 : 5000ge Lösung von Hydrag. cyanat., darauf mit solchen, die in 50 proc. Milchsäurelösung getränkt waren. Nachdem die Blutung völlig stand, wurde mittels Wattetupfern 2 : 1000ge wässrige Methylenblaulösung applicirt. Pat. wurde dann angewiesen, sich täglich 2—3 mal selbst mit Methylenblaulösung zu pinseln. Nach einer Woche war der Vernarbungsprocess bereits im Gange, und Pat. konnte Milch, Eier, Schleimsuppen etc. schlucken. Nach etwas über zwei Monaten war das Geschwür vernarbt; die hintere Pharynxwand und die Seitenwände zeigten perlmutterfarbige Narbenzüge, von den Gaumenbögen sah man fast gar nichts mehr, der freie Rand des Gaumensegels war in Folge der Vernarbung etwas unregelmässig und die Uvula verkleinert. Pat. hat erheblich an Gewicht zugenommen und fühlt sich sehr wohl.

FINDER.

47) **George Bacon Wood. Ein Beitrag zum Studium der Tonsillartuberculose. (A contribution to the study of tuberculosis of the tonsils.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Thierexperimente ergaben, dass das Tonsillargewebe für Infection mit Tuberculose empfänglicher ist, als jeder andere Theil des oberen Respirationstractus.

Verf. berichtet ferner über den Fall einer 26jährigen Frau mit Tuberculose der Tonsille und Befallensein der Cervicaldrüsen. Es bestanden ferner alte Adhäsionen der Pleura und Veränderungen an den Lungenspitzen, scheinbar jüngeren Datums. Verf. neigt zu der Annahme, dass die Tonsillaraffection die primäre Erkrankung ist, da sie erheblich weiter vorgeschritten ist.

EMIL MAYER.

48) **Levinger** (München). **Zum Aufsatz von Dr. Alexander Baurowicz: „Zur Diagnose der Gummigeschwülste der Gaumenmandel".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 352.*

49) **Löhnberg** (Hamm i. W.). **Zur Diagnose der Gummigeschwülste der Gaumenmandel.** *Ebendas. S. 533.*

Levinger weist kurz auf einen im December 1900 in der Münchener laryngologischen Gesellschaft von ihm geschilderten, von Baurowicz übersehenen Fall hin. Der Tumor bestand seit 2 Monaten und zeigte keinerlei Zerfallserscheinungen; die mikroskopische Untersuchung ergab in der Hauptsache typisches Granulationsgewebe; Heilung durch Jodkali in 14 Tagen. — In Löhnberg's Fall trug der hühnereigrosse, spiegelnd glatte, ein wenig blasse Tumor auf der Mitte der Vorderwand eine etwas hellere, gespannt aussehende Partie von Linsengrösse; die Unterkieferdrüsen waren nicht geschwollen. Beim Einschnitt in die vermuthete Cyste gelangte man in eine dickwandige, mit breiigem, missfarbenem Inhalt erfüllte Höhle. Die Untersuchung einiger excidirter Stückchen ergab: lymphomatöses Gewebe, Granulationsgewebe, Nekrosen (Lues?). Jodkali innerlich führte zu vollständiger Heilung.

F. KLEMPERER.

50) **Zolki** (Strassburg). **Ein congenitales Fibrolipom der Gaumentonsille. (A congenital fibrolipoma of the palate tonsil.)** *Archives of Otology. April 1906.*

Der Fall betrifft ein 7 Jahre altes Kind.

EMIL MAYER.

51) **C. D. Conkey. Sarkom beider Gaumentonsillen. (Sarcoma of both faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. Juni 1906.*

Inoperabler Fall, ohne Nutzen mit X-Strahlen behandelt.

EMIL MAYER.

52) **W. R. Dabney. Bericht über einen Fall von Adeno-Sarkoma des Tonsillarringes. Resection beider Art. carot. extern.; Heilung. (Report of a case of adeno-sarcoma of the tonsillar ring. Resection of both external carotid arteries; recovery.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Nach Resection der Arterien wurden die Gewebe des Rachens blässer und die Tumoren begannen kleiner zu werden. Dies documentirte sich auch dadurch, dass Pat. besser hören und sprechen konnte. Schlucken und Athmung wurden leichter. Pat. ist jetzt im Stande, jegliche Nahrung zu sich zu nehmen, während

sie vor der Operation nur Flüssigkeiten schlucken konnte; sie hat an Gewicht zugenommen und hat guten Appetit. EMIL MAYER.

53) **Leroy** und **Broeckaert. Lymphosarkom der Mandel im Gefolge eines latenten Magensarkoms. (Lymphosarcome de l'amygdale consécutif à un sarcome latent de l'estomac.)** *Annales de la Société de Méd. de Gand. IV. Fasc. 1906.*

Broeckaert zeigt im Namen Leroy's anatomopathologische Präparate von einem Lymphosarkom der Mandel vor, welches seinen Ursprung im Bereiche des Magens, speciell nach der histologischen Beschreibung im lymphatischen Apparat der Submucosa genommen hatte. Die Metastase erfolgte secundär in die linke Mandel, nach vorausgegangener Infiltration der linksseitigen Supraclavicular- und Cervicaldrüsen. BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

54) **W. S. Cornell. Statistische Studie über Diphtherie. (Statistical study on diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1906.*

Die Studie basirt auf 616 Fällen der „Philadelphia Municipal reports".

Die Tonsillen waren in 456 Fällen befallen; die Membranen beschränkten sich auf sie in 252. Larynx und Trachea waren mitergriffen in 63 Fällen von reiner Diphtherie und 43 Fällen von Mischinfection; die Nase in 11 Fällen der ersten und 33 der letzten Kategorie. Rein pharyngeale Fälle gab es 28. Es scheint wahr zu sein, dass die Krankheit bei heranwachsenden Kindern mehr Neigung hat, den Larynx und die Nasenhöhlen mitzuergreifen. Was die Complicationen anbelangt, so waren diese die häufigsten: Adenitis und Cellulitis in 66, Neuritis in 24, Nephritis in 21, Myocarditis in 10, Pneumonie in 10, Scharlach in 4, Epistaxis in 3 Fällen. Die Mortalität ist nicht angegeben. LEFFERTS.

55) **Paul Sittler** (Strassburg). **Uebertragung von Diphtherie durch dritte Personen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1906.*

Mittheilung zweier Fälle:

1. Uebertragung von Diphtherie durch ein gesund bleibendes Kind auf seine Mutter.

2. Diphtherieübertragung von der Brustwarze einer stillenden Mutter auf den Säugling, unter Mittheilung der Krankengeschichten und epikritischen Erörterungen. HECHT.

56) **William Bligh. Bericht über erfolgreiche Unterdrückung von Dipherieausbruch in zwei Fällen durch reichliche Anwendung prophylactischer Antitoxininjectionen. (Notes on two outbreaks of diphtheria succesfully stamped out by the free use of prophylactic injections of diphtheria antitoxin.)** *Lancet. 21. Juli 1906.*

In einer Schule, in der 16 Alumnen und 6 externe Schüler waren, kam ein Diphtheriefall vor. Alle Kinder und sonstige Insassen wurden injicirt. Es kam kein zweiter Fall vor. In einer anderen Schule mit 70 externen Schülern und

6 Alumnen wurden ebenfalls, nachdem zwei Kinder an Diphtherie erkrankt waren, alle übrigen mit 1000 I.-E. gespritzt, gleichfalls mit dem Erfolg, dass kein weiterer Diphtheriefall vorkam. ADOLPH BRONNER.

57) **Chas. J. Mc. Clintock** und **Walter E. King. Die innerliche Anwendung von Antitoxin. (The oral administration of antitoxine.)** *Journal of infectious diseases. 30. October 1906.*

Ausgehend von der durch Experimente erhärteten Thatsache, dass Diphtherie- und Tetanustoxin durch den Verdauungscanal resorbirt werden, schlägt Verf. eine Methode der langsamen allmählichen Immunisation von Thieren und Menschen per os vor, die leichter und sicherer sei als die auf hypodermatischem Wege. Wird Antidiphtherieserum allein Tauben in den Magen gebracht, so wird es nicht gleichmässig resorbirt, wird es dagegen per intestinum einverleibt, so wird es in relativ grossen Dosen resorbirt. Setzt man dem Antitoxin aber Trikresol, Salol, Chloroform und Opium zu, so findet innerhalb einiger Stunden die Resorption vom Magen aus in erheblichen Mengen statt. EMIL MAYER.

58) **Reymond** (Freibourg). **Beitrag zum Studium der Diphtheriebehandlung. (Contribution à l'étude du traitement de la diphtérie.)** *Dissert. Lausanne. 1905/6.*

Arbeit aus dem Cantonsspital in Lausanne über 466 Fälle 1898—1906. Daselbst wird oft noch initial mit 1 proc. Ferr. sesquichlorat. gepinselt. Mit dem Serum wurden 179 Fälle behandelt, von welchen 15 mit Tod abgingen, während von den 287 nicht injicirten Patienten keiner starb. Dieser scheinbare Widerspruch gegen die gewöhnlichen Erfahrungen erklärt sich damit, dass unter die ersteren alle schweren und alle Fälle mit Croup kamen, die aber ausschliesslich leichte Fälle waren, welche kein Serum brauchten, ein Zahlenverhältniss, welches für ein klinisches Spital, wo sonst meist nur schwere Diphtheriefälle aufgenommen werden, ungewöhnlich erscheint und für eine vergleichende Spitalstatistik bezüglich Serotherapie nicht ohne Hervorhebung dieser Thatsache verwendet werden kann.

Zur Intubation in Croupfällen verlangt Verf. womöglich die Leitung durch den Kehlkopfspiegel.

Natürlich ist Verf. im Uebrigen Freund der Serotherapie, hebt aber hervor, dass es rapid septische Fälle giebt, wo die früheste Injection den Tod nicht vermeiden hilft. Von diesen kommen in seiner Gesammtzahl nur zwei vor. Bezüglich der postdiphtheritischen Lähmungen des Gaumens und der Glieder findet Verf. keine Wirkung des Serums. In Anbetracht, dass die Wirkungsweise des Serums trotz seiner Erfolge noch unbekannt ist und dass seltener Weise unglücklich endende Fälle vorkommen, empfiehlt Verf. für die Anwendung des Serums möglichste Discretion und Vorsicht; noch mehr für die präventiven Einspritzungen, welche er auch für sehr wirksam hält. Exantheme wurden nur in 3,9 pCt. der Injectionen wahrgenommen. JONQUIÈRE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

59) **H. Gutzmann. Ueber die Tonlage der Sprechstimme.** *Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngol. 1906.*

Die durchschnittliche Tonlage liegt bei Männern zwischen A und e, bei Frauen und Kindern zwischen a und e'. Die Sprechtonlage entspricht keiner bestimmten Tonart. Die ruhige Sprechstimme geht in Cadenzen der kleinen Terz von Statten. Innerhalb der einzelnen Silben schwanken die Tonhöhen flüssig ineinander. In pathologischen Fällen handelt es sich gewöhnlich um eine Erhöhung der Tonlage, nur selten um eine Vertiefung, die gewöhnlich mit einer auffälligen Rauhigkeit des Klanges verbunden ist. Die Cadenzen sind bei pathologischen Fällen gross, oft so gross wie beim Rufen. J. KATZENSTEIN.

60) **H. Law. Bemerkungen über Stimmtraining. (Notes on the training of the voice.)** *N. Y. Medical Journal. 18. November 1906.*

Verf. bespricht die vom Lehrer und Schüler am häufigsten gemachten Fehler.

LEFFERTS.

61) **Masing. Zur Diagnose der Sprachstörung.** *St. Petersburger med. Wochenschrift. No. 36. 1906.*

Masing theilt 5 einschlägige Krankengeschichten mit und erläutert dieselben kritisch. Werthvoll werden dieselben durch 4 Obductionsbefunde und die objective Handhabung derselben, wobei der Autor viel Erfahrung und Kenntniss des Gegenstandes an den Tag legt.

Klare, einfache Sprache sind weitere Vorzüge des Artikels. P. HELLAT.

62) **H. Gutzmann. Das Verhältniss der Affecte zu den Sprachstörungen.** *Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 57. H. 5 u. 6. 1906.*

Nach Neumann und Zoneff scheinen bei Affecten die costalen Athembewegungen mehr beeinflusst zu werden, als die abdominalen. Von den Athemhilfsmuskeln werden die Erweiterer der Stimmritze von der Affectwirkung schnell und häufig betroffen; schon bei geringen Affectwirkungen stellen die Mm. cricoaryt. post. den Dienst ein, die Stimmbänder nähern sich bei der Inspiration anstatt sich von einander zu entfernen (sog. perverse Innervation der Stimmbänder), bei stärkeren Affecten kann es zur völligen vorübergehenden Lähmung der Postici kommen, man hört dann eine tönende Inspiration. Bei Stotterern hemmt der Affect den Ablauf der Sprechbewegungen nicht, sondern fördert sie oft. Bekannt ist die Wirkung der Affecte auf den mimischen Theil der Articulationsmusculatur. Ueber die Einwirkung des Affectes auf die Sprachentwickelung des Kindes, die hysterischen Sprachstörungen, besonders das hysterische Stottern, die Sprachstörungen der Neurastheniker, die Taubstummheit u. s. w. ist das Original einzusehen.

J. KATZENSTEIN.

63) **Laroderie. Dyslalie und Zahnanomalien. (Dyslalies et anomalies dentaires.)** *Thèse de Bordeaux. No. 110. 1906.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Anomalien der Zähne oder des Gaumens bewirken schwere Störungen der Sprache.

Die Dyslalien dentalen Ursprungs haben die Neigung, trotz des Verschwindens der Zahnanomalien zu persistiren, was eine Folge der mangelhaften Erziehung des Gehörs ist. Die orthophonetische Behandlung befreit den Patienten fast stets von dem Sprechfehler.

Die Dyslalie bei Erwachsenen verschwindet mit der Correction der Zahnanomalie, durch die sie hervorgerufen wurde.

Die sehr interessante Arbeit enthält eine grosse Anzahl hierher gehöriger instructiver Beobachtungen. BRINDEL.

64) **Vitto - Massei. Angiocavernom des linken Sinus piriformis. (Angioma cavernoso del seno piriforme sinistro.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc No. VI. 1906.*

Pat. ist ein 50jähriger Mann, der seit vier Jahren an gelegentlicher Dyspnoe litt, die sich allmälig verschlimmerte; seit zwei Jahren besteht auch ausgesprochene Dysphonie. Es fand sich eine grosse aus dem linken Sinus piriformis hervorkommende Geschwulst, die den ganzen Larynx bedeckte und bei tiefen Inspirationen in diesen hineingezogen wurde. Die Farbe war grauschwarz. Nach vorhergehender Tracheotomie wurde der Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt. Die Untersuchung ergab, dass der Tumor aus neugebildeten Gefässen und venösen Bluträumen bestand. In dem Bindegewebe sind die Zellen sehr spärlich, die cavernösen Räume sind von homogenen leicht gewellten Bändern eingefasst, die alle Zeichen hyaliner Degeneration zeigen. FINDER.

65) **John Edwin Rhodes. Ein Fall von Xanthoma multiplex mit interessanten Halscomplicationen. (A case of xanthoma multiplex with interesting throat complications.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Es handelte sich um einen jungen Mann, der an multiplen Xanthomen (Xantelasma) litt und der für den Laryngologen ein aussergewöhnliches Interesse bot, weil auch die Schleimhäute die charakteristischen Geschwülste aufwiesen; der Larynx war fast vollständig durch die Geschwülste verlegt, so dass schliesslich die Tracheotomie nöthig wurde. Der Zustand hat sich viele Monate lang nicht geändert und Pat. trägt eine Tracheotomiecanüle, die auf der oberen Fläche eine ovale Oeffnung hat, so dass die Luft den Larynx passiren und der Patient, wenn er die Canüle vorn am Hals zuhält, deutlich sprechen kann. Patient übt seinen Beruf aus und befindet sich bei bestem Allgemeinbefinden. EMIL MAYER.

66) **Adolph Bronner** (Bradford). **Bemerkungen über einen ungewöhnlichen Fall von Kehlkopfpapillom bei einem Kind, durch locale Anwendung von Formalin geheilt. (Notes on an unusual case of papillome of the larynx in a child treated by the local application of Formalin.)** *British Medical Journal. II. p. 1448. 1906.*

Patient war ein 10jähriger Knabe. Im Februar entfernte Verf. eine grosse gestielte Geschwulst, die ihren Sitz in der Commissur hatte. Im Mai waren erhebliche papillomatöse Geschwülste vorhanden, die von den Stimmbändern ausgingen; sie wurden drei Mal mit der Zange entfernt, recidivirten aber. Verfasser

wandte dann einen 1proc. Formalinspray an. Darauf erfolgten keine Recidive mehr.

JAMES DONELAN.

67) **Gherardo Ferreri. Drei Fälle von Laryngofissur wegen Papillomen. (Tre casi di laringofissura per papillomi.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. September 1906.*

Die Fälle betreffen einen 5jährigen Knaben, eine 21jährige und 52jährige Patientin. Auffallen muss die Behauptung des Verf.'s, dass bei Kindern bis zu einem gewissen Alter auch unter Anwendung der directen Methode die endolaryngealen Eingriffe sehr oft unmöglich sind und dass daher die Mehrzahl der Laryngologen es vorzieht, die Tracheotomie zu machen in der Ueberzeugung, dass auf diese häufig ein spontanes Ausstossen der Papillome folge. Verf. befürwortet nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen die Laryngofissur; nur für kleine Papillome, vorausgesetzt, dass sie nicht aus dem Ventrikel kommen, lässt er die endolaryngeale Operation gelten. Er behauptet, es sei unleugbar, dass man mittels der Laryngofissur in einer Sitzung den Patienten von seinem Leiden befreie. Die Laryngofissur ohne vorhergehende Tracheotomie zu machen hält Verf. für kühn, ja sogar verwerflich.

FINDER.

68) **Kobylinski. Zur Frage der operativen Behandlung multipler Larynxpapillome im Kindesalter. Laryngofissur. (K woprosu ob operatiwnom letschenii mnoshest. wennich papilem gortani w detskam wosrashe.).** *Russk. Wratsch. No. 30. 1906.*

Durch Laryngofissur war das Papillom leicht zu entfernen, während es intralaryngeal mehrere Monate umsonst versucht wurde. Es handelte sich um ein 4jähriges Kind.

P. HELLAT.

69) **D. B. Paterson** (Cardiff). **Die operative Behandlung von Larynxpapillomen bei Kindern. (The operative treatment of laryngeal papillomata in children.)** *Lancet. London, 21. Juli 1906.*

Verf. bespricht die bei der Operation früher in Betracht kommenden Schwierigkeiten. Das Kirstein'sche Autoskop bedeutet einen wirklichen Fortschritt, Killian's Röhrenspatel jedoch hat das Verfahren erheblich vereinfacht. Verf. wendet Cocain und Adrenalin an und hält den Patienten in einer leichten Chloroformnarkose. Die Geschwülste werden mit einer besonderen Zange entfernt. (Illustrirt.)

JAMES DONELAN.

70) **C. Reismann** (Adelaide). **Behandlung einer tuberculösen papillären Geschwulst des Larynx. (Treatment of a tubercular papilloma of the larynx.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1906.*

Verf. unterwies den Patienten in der Autolaryngoskopie. Unter Anwendung eines gewöhnlichen Spiegels und indem er einen Kehlkopfspiegel in die Mundhöhle hielt, konnte er das Sonnenlicht direct auf die Geschwulst fallen lassen. Unter dieser Behandlung verschwand die Geschwulst völlig.

A. J. BRADY.

71) Howard Lilienthal. **Ein Fall von Larynxexstirpation. (A case of laryngectomy.)** *N. Y. Medical Record. 24. November 1906.*

Der Larynx war wegen Carcinoms im Februar exstirpirt worden, und zwar war die Operation in zwei Zeiten gemacht worden: erst die Tracheotomie und einige Wochen später die Exstirpation. Seit der Operation hat der Pat. 40 Pfund an Gewicht zugenommen und fühlt sich heut durchaus wohl, kann sich auch mit Pseudostimme verständlich machen. Bisher kein Zeichen von Recidiv vorhanden.

LEFFERTS.

72) Clarence A. Rice. **Behandlung von Kehlkopfkrebs mittels subcutaner Injectionen von Pankreasextract (Trypsin). (Treatment of cancer of the larynx by subcutaneous injection of pancreatic extract [Trypsin].)** *N. Y. Medical Record. 24. November 1906.*

Nach einem mit angeblichem grossen Erfolg mittels täglicher Einspritzung von kleinen Quantitäten Trypsin behandelten Fall hat Verf. noch drei andere Patienten in gleicher Weise behandelt. Im zweiten Fall handelte es sich um eine circa 60jährige Frau mit einer Krebsgeschwulst der hinteren Larynxwand und des Oesophagus. Pat. war in einem deplorablen Zustand; sie konnte seit Wochen keine Nahrung schlucken. Der Fall war durchaus hoffnungslos und auch die Trypsininjectionen brachten keine Besserung. Ebenso versagte die Behandlung im dritten Fall, in dem die Totalexstirpation des Kehlkopfes gemacht werden musste. Im vierten noch jetzt in Behandlung befindlichen Fall, in dem es sich um ein Carcinom des Hypopharynx handelt, hat die Behandlung nach anfänglichem scheinbaren Erfolg auch im Stich gelassen. Verf. meint, es gäbe nur eine bestimmte Art von Carcinomen, die sich für die Trypsinbehandlung eignen, was für eine Art das aber ist, weiss er vorläufig selbst nicht.

LEFFERTS.

73) John F. Erdmann. **Larynxtumoren nebst Bericht über zwei Laryngectomien, eine halbseitige Exstirpation und drei Thyreotomien. (Tumors of the larynx with report of two laryngectomies, one hemilaryngectomy and three thyreotomies.)** *N. Y. Medical Record. 1. December 1906.*

Verf. bespricht besonders folgende Punkte: die Wahl des Narkoticums, die Frage, ob präliminare Tracheotomie angewandt werden soll oder nicht, die Lage, in der operirt werden soll, und die Nachbehandlung.

LEFFERTS.

74) Grossmann. **Ein Fall von Kehlkopfkrebs nach der Excision mit Röntgenstrahlen behandelt. (A case of laryngeal cancer treated by Roentgenization.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1906.*

Verf. schildert die Behandlung folgendermaassen: Zuerst wird die Tracheotomie gemacht, dann die Laryngofissur. Dann wird die Geschwulst gründlich excidirt und die Ansatzstelle mit dem Thermokauter zerstört. Die Laryngofissur soll, um die Bestrahlungsröhre direct aufsetzen zu können, offen gehalten werden. Die Sitzungen sollen täglich stattfinden; um das Eindringen der Strahlen zu erleichtern, werden die Flügel der Schildknorpel durch Retractoren auseinandergehalten. Man kann auf diese Weise auch den Heilungsprocess auf das Geaueste beobachten.

LEFFERTS.

75) **Karewski** (Berlin). **Eine Sprech- und Schluckprothese für den Defect des Kehlkopfes und der Speiseröhre.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 6. 1905.*

Von dem Specialisten für Obturatoren Schiltsky wurde eine Prothese construirt, die im Stande war, nach Entfernung von Kehlkopf und einem Theil des Oesophagus (wegen Carcinom) den entstandenen Defect des Oesophagus zu decken, Schlucken von Speisen, sowie tönende Sprache zu ermöglichen.

ALBANUS (ZARNIKO).

76) **Heinr. Strohe** (Köln). **Diaphragma der Trachea im Anschluss an Diphtherie und erschwertes bezw. unmögliches Décanulement.** *Münchener med. Wochenschr. No. 15. 1906.*

Die Canüle wurde 15 Jahre getragen; das Decanulement erst durch Excision des knorpelharten Diaphragmas nach breiter Eröffnung der Trachea ermöglicht.

HECHT.

77) **A. Gröber** (Leipzig). **Ueber Verlagerung der Trachea bei intrathoracischen Erkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1906.*

Mittheilung weiterer einschlägiger Fälle.

HECHT.

78) **C. A. Elsberg. Primärer Tumor der Trachea. Exstirpation. (Primary tumor of the trachea. Exstirpation.)** *N. Y. Medical Record. 1. December 1906.*

Verf. berichtet über eine 10jährige Patientin, die er am 30. Mai 1906 an einem Fibrom der Trachea in Höhe des 4. und 5. Trachealringes mittels Spaltung der Trachea operirt hat. Es bestand seit 3 Monaten Athemschwierigkeit. Bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus constatirte E. Mayer, dass die Patientin einen breitbasig aufsitzenden Tumor der Luftröhre hatte, der von der hinteren Wand ausging und ungefähr kirschgross war. Der Tumor sass zu weit unten, um mittels endotrachealer Operation entfernt werden zu können. Verf. machte daher einen longitudinalen Einschnitt in die Trachea, fand den Tumor in Höhe des 4. und 5. Trachealringes, exstirpirte ihn mit dem Messer und kauterisirte die Ansatzfläche. Der grösste Theil der Trachealwunde wurde durch Nähte geschlossen und dann eine Canüle eingelegt. Die Heilung verlief tadellos. Die pathologische Untersuchung ergab, dass der Tumor ein Fibrom war. Unter den 135 Fällen von primären Trachealtumoren, die Theissen kürzlich zusammengestellt hat, waren nur 24 Fibrome.

Zwei Monate später musste eine zweite Operation gemacht werden, um eine durch das Tragen der Canüle entstandene Granulationsgeschwulst, die etwas die Athmung verlegte, zu beseitigen.

LEFFERTS.

79) **H. v. Schrötter. Ueber Bewegungserscheinungen an den menschlichen Bronchien.** *Wiener klin. Rundschau. No. 15. 1906.*

Abgesehen von der Locomotion, welche der Bronchialbaum bei der Respiration im Thoraxraum beschreibt, die im Wesentlichen in einer inspiratorischen Senkung und exspiratorischen Hebung mit ihren Componenten besteht, kommen durch die respiratorischen Druckdifferenzen auch Veränderungen des Kalibers zu

Stande, die einer inspiratorischen Erweiterung und exspiratorischen Verengerung entsprechen. Die rhythmischen Veränderungen des Kalibers des Bronchialbaumes sind als mechanische Folge der bei der Respiration entstehenden Druckdifferenzen anzusehen. Mittelst Einführung von Kathetern in die tieferen Luftwege können auch noch andere Bewegungserscheinungen im Bronchialbaum studirt werden, wie die systolische Erschütterung der Bronchien durch den Puls der Art. pulmonal., sowie der Einfluss der Herzbewegung auf die Lungenluft. J. KATZENSTEIN.

f. Schilddrüse.

80) **J. Rogers** und **J. Fergusson. Anatomie der Parathyroiddrüsen. (The anatomy of the parathyroid glands.)** *Journal of the med. Sciences. Vol. 131. No. 5. S. 811.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

81) **Notiz des Herausgebers. Jod und Phosphor der Schilddrüse. (The Iodine and Phosphorus of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Juni 1906.*

Bezieht sich auf die in Aeschbecher's Arbeit (Mittheilungen aus den Grenzgebieten etc., XV., 3, 4, Berl. klin. Wochenschr., Februar 1906) enthaltenen Angaben über den Einfluss verschiedener Bedingungen auf Jod- und Phosphorgehalt der Schilddrüse. LEFFERTS.

82) **Champon. Ein Fall von accessorischem Kropf. (Un cas de goître aberrant.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. Januar und Februar 1906.*

40jähr. Mann mit einem accessorischen Kropf in der rechten seitlichen Halsgegend; faustgrosse, schmerzlose Geschwulst, welche keinen Druck auf den Kehlkopf oder die Halsgefässe ausübte und bei der Deglutition dem Kehlkopf folgt. Operation mit dem Messer. Die histologische Untersuchung ergiebt eine diffuse Hyperplasie mit ihren verschiedenen Formen. BAYER.

83) **V. L. Schrager. Lateral versprengte Schilddrüsen. (Lateral aberrant thyroids.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. October 1906.*

Das Gebilde, aus normalem oder pathologischem Schilddrüsengewebe bestehend, liegt in bestimmter Entfernung von der normalen Schilddrüse und hat mit dieser keinerlei Verbindung. „Accessorische" Schilddrüse ist eine ungeeignete Bezeichnung, weil bisweilen die eigentliche Schilddrüse fehlt; „Nebenkropf" passt auch nicht, da es sich nicht um einen Kropf zu handeln braucht. Man hat auch von „alliirten Nebenschilddrüsen" gesprochen.

Verf. bespricht den Ursprung der versprengten Schilddrüsen nach embryologischen Gesichtspunkten, die vergleichende Anatomie und Physiologie. Er theilt die seitlich versprengten Schilddrüsen ein in: wahre, die mit der Schilddrüse keinerlei Verbindung haben, und falsche, die mit ihr, wenn auch sehr geringfügige, Verbindung besitzen. Zum Schluss giebt Verf. eine Literaturübersicht und berichtet über von ihm operirte Fälle. EMIL MAYER.

84) **Wiget** (Rohrschach). **Ueber Strumen mit Kautschukcolloid und Tumoren mit kautschukcolloid-ähnlichen Massen.** *Dissert. Bern.*

Als Kautschukcolloid wurde im pathologischen Institut von Bern (Langhans) schon seit Jahren eine eigenthümliche Art des Colloids in Strumen bezeichnet, welche sehr zweckmässig mit Kautschuk verglichen ist. Dasselbe ist von graugelbem oder grauweisslichem Aussehen mit guter oder mässig herabgesetzter Transparenz und Kautschukconsistenz und -Elasticität. Es kommt in hämorrhagischen Strumen und anderen Körpergeweben vor und entsteht aus rothen Blutkörperchen, welche aufquellen, ihre Sonderexistenz aufgeben und sich zu hämorrhagischen Schollen und Balken zusammenlegen. Diese letzteren fliessen dann zu der betreffenden homogenen Masse zusammen. Der ganze Bildungsvorgang ist durch gefärbte Bilder veranschaulicht.

JONQUIÈRE.

85) **Aronheim** (Gevelsberg i. W.). **Ein Fall von Morbus Basedowii ohne Exophthalmus, behandelt mit Antithyroidin Möbius.** *Münchener med. Wochenschr. No. 32. 1906.*

Mittheilung eines Falles von „formes frustes", bei dem der Exophthalmus fehlte. Die interne Verabreichung des Antithyreoidins brachte — ohne nachweisbare Verkleinerung der Struma — Heilung der Herzstörungen (Vergrösserung beider Ventrikel, beschleunigte, unregelmässige Herzaction) und ihrer Begleiterscheinungen.

HECHT.

86) **J. M. A. Gevers-Leuven** (Ede, Holland). **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidinserum nach Möbius.** *Münchener med. Wochenschr. No. 32. 1906.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles.

HECHT.

87) **G. A. Watermann. Die Serumbehandlung des Morbus Basedow. (The serum treatment of ophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 25. August 1906.*

Für die Hypothese von Moebius, dass die Symptome durch excessive Secretion der Schilddrüse verursacht sind, spricht, dass 1. in den meisten Fällen die Schilddrüse vergrössert ist, 2. partielle Excision der Drüse bei Basedow'scher Krankheit so oft Heilung bringt und 3. Darreichung genügend grosser Mengen Schilddrüse bei gesunden Individuen ein dieser Krankheit so ähnliches Symptomenbild hervorrufen kann. Die rationellste Behandlungsmethode scheint dem Verf. die Serumtherapie zu sein. Er verfügt über 5 so behandelte Fälle, von denen 2 geheilt, 2 gebessert und einer unverändert ist.

LEFFERTS.

88) **M. C. Thrush. Morbus Basedow mit Röntgenstrahlen behandelt. (Exophthalmic goitre treated by the Roentgen rays.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1906.*

Die Symptome waren bei der 36 Jahre alten Patientin sehr ausgesprochen. Innerhalb 12 Wochen wurden 22 Sitzungen, jede von 10 Minuten Dauer, abgehalten. In der vierten Woche begann die Besserung und am Ende der Kur war Heilung zu constatiren. Ausser den X-Strahlen wurden aber gebraucht: Jod,

Baldrian, Asa foetida, Nitroglycerin, Strophantus, Digitalis und Belladonna. Pfahler, dessen Beobachtungen sich auf 31 Fälle gründen, empfiehlt die Behandlung als sehr wirkungsvoll.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

89) **Dam. Fall von Imperforation des Oesophagus. (Cas d'imperforation de l'oesophage.)** *La Clinique. No. 25. 1906.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler am 9. Juni berichtet D. über ein 4 Tage altes Kind mit Regurgitation, Cyanose und Erstickungsanfällen nach dem Saugen; dasselbe hatte nach Abgang des Meconiums keinen Stuhl mehr gehabt; die Sonde dringt nur bis $12^1/_2$ cm von den Zahnreihen ab vor. Die Gastrotomie wurde vorgeschlagen. Das Kind blieb aus.

BAYER.

90) **Dam. Ueber die Imperforation des Oesophagus. (De l'imperforation de l'oesophage.)** *La Clinique. No. 49. 1906.*

Der Autor bespricht zuerst die pathologische Anatomie der Oesophagusimperforation, ihre Symptome und Diagnose, dann die Aetiologie und Pathogenese mit Bezug auf die Embryogenie, welche den Schlüssel zum Verständniss dieser Anomalie giebt, um schliesslich auf die Prognose, die fatal ist, und die Behandlung, welche unnütz und höchstens in einer Gastrotomie und Jejunostomie zu suchen ist, einzugehen. Er knüpft daran zwei einschlägige Fälle; über den ersten wurde hier schon früher berichtet; im zweiten Fall lebte das Kind Dank ernährender Bouillonclystiere 7 Tage lang; die Autopsie konnte auch in diesem Falle nicht gemacht werden; das Kind zeigte von Anfang an eine geräuschvolle Respiration mit Husten und zeitweiligem Ausstossen von Schleimmassen. Die Milch, die es zu sich nahm, wurde wieder ausgebrochen, wie sie einverleibt wurde. Die Sonde drang bis auf 12 cm von den vorderen Zahnreihen an vor. Nach Abgang des Meconiums kein Stuhl mehr.

BAYER.

91) **Willy Meyer. Fall von Oesophagusstrictur. (Case of oesophageal stricture.)** *N. Y. Medical Record. 24. November 1906.*

Pat., ein 18jähriger Mann, kam vor $2^1/_2$ Jahren in Behandlung wegen einer Strictur nach Laugenverätzung, die erfolgte, als er 5 Jahre alt war. Auf Jahre lang war er durch eine Magenfistel ernährt worden. Pat. hat in den letzten zehn Jahren an Gewicht zugenommen. Er kaut seine Nahrung und bläst sie dann durch ein wasserdichtes Rohr in die Magenfistel.

LEFFERTS.

92) **Mathies Nicoll. Strictur des Oesophagus. (Stricture of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 1. December 1906.*

Es handelt sich um eine Strictur nach Laugenverätzung bei einem 11 Jahre alten Knaben. Pat. zeigt folgendes ungewöhnliche Symptom: Wenn er ein Glas Wasser schluckt, so konnte man mit dem Phonendoskop hören, wie das Wasser in den Magen geschleudert wurde. Es bestand zweifellos eine stricturöse Veränderung mit mehr oder minder constantem Spasmus. Ref. brachte eine Bougie nicht hindurch. Pat. klagte über keine Schmerzen beim Schlucken.

LEFFERTS.

93) **Nekrasoff** (Simbirsk). **Unteres Oesophagusdivertikel und Mastdarmdivertikel. (Diverticule inférieure de l'oesophage et diverticule du rectum.)** *Dissert. Lausanne 1906.*

Da die Entscheidung ob Divertikel nach Traction oder nach Propulsion nicht durchgehends zu treffen ist, so schlägt Verf. die Eintheilung nach der Localisation als cervicale und thoracale vor, von denen bekanntlich erstere gewöhnlich Propulsions-, letztere Tractionsdivertikel sind, während manchen beide Ursachen zu Grunde liegen. Eine vierte Ursache ist die Congenitalität + Pulsion, speciell für die seitlichen Cervicaldivertikel, während die übrigen an der Hinterwand einmünden. Der vorliegende Fall betrifft einen 60jährigen Mann von guter Constitution. Seit 5 Monaten bemerkt er beim Essen einen Augenblick, wo der Bissen tief unten stecken bleibt, worauf dann fast unmittelbar Erbrechen erfolgt. Patient fühlt einen Sack in der Grube des Epigastriums, welchen er selbst während der Mahlzeit ausdrückt, ansonst nichts mehr durchgeht. Mit der Sonde gelangt man, 38 cm von den Zähnen gemessen, also nahe oberhalb der Cardia, deutlich durch eine Oeffnung schlüpfend 2 cm tiefer auf den Grund eines Sackes. Bei der Operation (Roux) mit Laparotomia supra- et infraumbilicalis gelangt der Finger durch einen Sphincter hindurch in einen schwalbennestförmigen Sack mit fester Wand, welche sämmtliche Schichten der Speiseröhrenwand erkennen lässt. Der Sphincter wird incidirt und weiterhin zerrissen, worauf der Sack verschwindet. Patient verträgt die Operation gut und schon nach 14 Tagen gelangen sämmtliche Speisen ungehindert in den Magen. Eine starke Schleimhautfalte, welche Roux in der Höhe der Oeffnung des Sackes austasten konnte, wurde als der Ausgangspunkt und die Ursache des Divertikels erkannt und somit ein Propulsionsdivertikel festgestellt.

JONQUIÈRE

94) **Siebenmann** (Basel). **Ein musikalisches Kinderspielzeug als Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 23. 1906.*

Ein rundes Blechpfeifchen von 24 mm Durchmesser und 9 mm Dicke wurde von einem 5jährigen Mädchen verschluckt und bleibt in der mittleren Höhe zwischen Ringknorpel und Bronchushöhe stecken und wird nach einigen Tagen, nachdem es Entzündungserscheinungen und Stenose hervorgerufen hatte, durch Röntgenstrahlen genau nachgewiesen.

Die Extraction wurde zuerst mit dem Münzenfänger versucht, misslang jedoch und S. war froh, denselben noch gut zurückziehen zu können. Sie gelang dann bei Spiegelbeleuchtung mittelst des starren Rosenheim'schen Oesophagoskops durch Zangenextraktion ganz leicht. Aber schon hatte der Münzenfänger einen kleinen Einriss in die Oesophaguswand gemacht, so dass Emphysem unter der Haut des Halses und einige Tage Fieber, bis 39,5, auftrat. Der Fall verlief nachher ganz glücklich.

S. warnt mit Recht vor dem Münzenfänger auch für Münzen; natürlich auch vor dem dummen Pfeifchen, welches zwischen Lippen und Zähne genommen werden muss!

JONQUIÈRE.

95) **H. v. Schrötter** (Wien). **Zur Kenntniss der Tuberculose des Oesophagus**
Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberculose. Bd. VI. H. 3. 1906.

In den beiden mitgetheilten Fällen wurde die Diagnose auf Tuberculose des Oesophagus schon intra vitam gestellt, im ersten Falle durch die Oesophagoskopie, im zweiten Falle handelte es sich um tuberculöse Ulceration und Infiltration im Bereiche des Schlundeinganges.

SEIFERT.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Londoner laryngologische Gesellschaft.

März 1906.

Vicepräsident: Watson Williams.

Harold Barwell: 1. Fall von tuberculöser Laryngitis. Abtragung der Epiglottis.

Eine 21jährige Frau mit Lungentuberculose seit 6 Jahren. Seit 5 Wochen Heiserkeit, seit 3 Wochen Dysphagie. Die Epiglottis war stark infiltriert und auf ihrer laryngealen Fläche ulcerirt. Der übrige Kehlkopf war intact. Die Epiglottis wurde in 2 Stücken mit der schneidenden Zange entfernt. Darauf schwand die Dysphagie und die Wunde heilte rapid. Der Kehlkopf blieb gesund. Auch die allgemeine Gesundheit war 6 Monate nach der Operation gebessert.

2. Fall von tuberculöser Laryngitis; Localbehandlung. Heilung.

30jährige Frau mit Tuberculose einer Lungenspitze. Kehlkopfsymptome bestehen seit 15 Monaten. Es findet sich Röthung und Schwellung des rechten Aryknorpels und des Interarytaenoidraums und Röthung des rechten Stimmbandes. Tägliche Application von Formalin und Milchsäure; nach einer Woche Abtragung eines Stückes des rechten Aryknorpels mit der Lake'schen Zange. Die Formalinapplicationen wurden fortgesetzt. Nachdem Patientin einen Monat im Sanatorium gewesen war, fühlte sie sich sehr wohl und befindet sich acht Monate darnach ebenso.

Waggett gratulirt dem Redner zu den ausgezeichneten Resultaten. Er hält die Amputation der Epiglottis für ein sehr werthvolles Verfahren. Er hat kürzlich in sitzender Stellung in Chloroformnarkose eine solche Amputation gemacht. Bereits ein paar Stunden nach der Operation konnte weiches Fleisch ohne jede Schwierigkeit geschluckt werden.

Westmacott hat kürzlich unter Cocain mit gleich gutem Resultat operirt. Sehr bald nach dem Eingriff konnte Pat. Flüssigkeiten ohne Schwierigkeit schlucken, was seit 3 Monaten nicht mehr möglich war.

Watson Williams: Es giebt Fälle, die unter blosser Sanatoriumbehandlung heilen und man muss diese von denjenigen trennen, die eine operative Behandlung erfordern.

Jobson Horne sagt, es sei ungewöhnlich, dass die Epiglottis typische Veränderungen zeigt, ohne dass der übrige Larynx afficirt sei. Als Palliativmassregel ist die Amputation der Epiglottis anzuerkennen.

Barwell hat nur noch einen Fall gesehen, in dem die Krankheit sich auf die Epiglottis beschränkte. Vor Vornahme der Operation muss man auf die Temperatur und den allgemeinen Gesundheitszustand achten. Er hat mehrere Fälle unter Cocain operirt ohne jede Unbequemlichkeit des Patienten. Dass Nahrung in den Kehlkopf gerieth, hat er nur in einem Fall gesehen und zwar beruhte das darauf, dass die Aryknorpel in äusserster Abduction fixirt waren.

Davis: Rhinitis atrophicans.

18jährige Frau mit hochgradigster Atrophie. Man kann den Nasopharynx in einem auch für diese Fälle ungewöhnlichen Maass von vorn her übersehen, derselbe ist durchaus feucht, während der Oropharynx typisch trocken ist.

Parker erklärt die Vertheilung der Feuchtigkeit im Pharynx in diesem Fall dadurch, dass die geschwollene mittlere Muschel den inspiratorischen Luftstrom von seinem normalen Weg ablenkt.

Walker Downie: Photographien von einigen Fällen von Paraffinprothesen bei Nasendeformität aufgenommen jetzt und unmittelbar nach der Behandlung vor vier Jahren.

Die Demonstration nimmt Bezug auf Erörterungen in der letzten Sizung. Die Photographien zeigen, dass das Paraffin in den vier Jahren, die seit der Injection vergangen sind, seine Lage nicht verändert hat. Von den 140 Fällen des Redners, von denen die Majorität noch unter Beobachtung ist, hat nur bei neun Fällen eine Resorption oder Lageveränderung des Paraffins stattgefunden. In 3 Fällen hat er operirt, nachdem sie von anderen Chirurgen ohne Erfolg mit derselben Methode behandelt waren; er hat sehr grosse Mengen Paraffin entfernt, die von jenen 36, 24 und 6 Monate vorher injicirt worden waren. In allen diesen Fällen zeigte das Mikroskop kleine runde Paraffinpartikelchen, die von einander durch Gewebsstränge getrennt waren. Die 7 Tage nach einer experimentellen Injection in eine Brust entfernten Gewebstücke zeigten Vertheilung der Paraffinpartikel zwischen den Fettzellen. Redner bedient sich einer durch Electricität heiss gehaltenen Canüle und einer Injectionsmasse von circa 42 ° C. Schmelzpunkt; er macht die Injection ohne lokale und allgemeine Narkose. Injectionen mit kaltem Paraffin macht er nicht.

Watson Williams, Scanes Spicer und Stephen Paget sprechen ihre Bewunderung für die erzielten Resultate aus.

Paget betont, dass für die Auswahl der Fälle in Betracht kommt, dass sie eine gesunde und lockere Haut haben; er benutzt Paraffin von ca. 50 ° Schmelzpunkt. An Misserfolgen hat seiner Meinung nach Injection zu grosser Mengen oder Anwendung zu weichen Paraffins Schuld.

Walker Downie antwortet auf eine Anfrage bezüglich des harten Paraffins, dass er theoretische Bedenken habe, da er glaube, dass es nicht zur Genüge sich dem Gewebe einverleibt.

Walker Downie: 2 Fälle von Oesophagotomie zur Entfernung von Gebissen.

Beide Male handelte es sich um erwachsene Männer. In beiden Fällen wurde

die Incision längs des vorderen Randes des linken Sternocleidomastoideus gemacht. Die Heilung ging ohne jede Störung von statten.

Brown Kelly: Abbildung und mikroskopische Präparate von einem Fall von angeborener hyperplastischer Syphilis.

Es handelte sich um einen Knaben mit Kehlkopfstrictur, bei dem man eine enorme Schwellung der Aryknorpel sah. Ebenso waren Velum und Uvula stark verdickt. In der Annahme, dass es sich um congenitale Syphilis handelte, wurde eine entsprechende Behandlung eingeleitet, die aber nur geringen Rückgang der Schwellung im Gefolge hatte.

Betham Robinson: Fibroangiom der Nasenscheidewand.

Pat. klagte zuerst 14 Tage, nachdem er einen Schlag auf die Nase erhalten hatte, über Nasenverstopfung. Man entfernte eine granulomähnliche Masse von der linken Seite des Septums. Sie erwies sich als bestehend aus Bindegewebe mit weiten Bluträumen. Die Basis wurde cauterisirt. Es trat kein Recidiv auf.

Pegler: Die Bluträume in diesem Fall waren enorm weit.

Smurthwaite: Verdickung des rechten Stimmbandes (vorgestellt Juni 1905), die für maligne gehalten wurde. Wieder vorgestellt zur Diagnose.

58jähriger Mann. Seit 2 Jahren Husten und Heiserkeit. Einige Tage vor der Demonstration in der Junisitzung 1905 war eine erbsengrosse Geschwulst vom Stimmband entfernt worden. Der pathologische Befund sprach für Malignität. Pat. ist heute völlig wohl, ohne dass irgend etwas gemacht worden wäre.

Waggett meint, dass dieser Fall nicht gegen den Werth der histologischen Untersuchung spricht, denn die Geschwulstkommission hat nach Prüfung der Präparate ihr Urtheil dahin abgegeben, dass darin durchaus nichts auf Malignität hinweise.

Pegler: Secundär syphilitische Affection der Stimmbänder bei einem 20jährigen Mädchen.

Ulcerirte Plaques muqueuses der Stimmlippen.

Waggett: Fehlen der einen Choane mit Symmetrie des Gesichtsskeletts.

Pat., ein 17jähriger Jüngling, zeigte Symptome totalen rechtsseitigen Nasenverschlusses seit der Kindheit. Es besteht ein knöcherner Choanalverschluss; trotzdem ist das Gesichtsskelett völlig symmetrisch.

St. Clair Thomson berichtet über einen ähnlichen Fall, in dem gleichfalls bei einseitigem angeborenem Choanalverschluss Gesicht und Gaumen völlig regelmässig waren. In diesem Fall zeigte sich bei der Operation, dass der Verschluss halb knöchern und halb membranös war. Er entfernte ein Stück vom Vomer. Es trat kein Recidiv ein.

Davis: In den Versuchen von Ziem handelte es sich um Verschluss von vorn, was ein wichtiger Unterschied ist.

Scanes Spicer schlägt in Anbetracht der Wichtigkeit der Frage vor, die Discussion auf die nächste Sitzung zu verschieben, was angenommen wird.

Furnis Potter: Retentionscyste der linken Tonsille.

Pegler: Mikroskopische Schnitte von einem Angiom des unteren Nasenganges.

Der Fall wurde von Kelson im März 1903 vorgestellt.

De Santi: Frau mit Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes.

Vorgestellt Mai 1905.

Nach Jodkali trat Besserung des Allgemeinbefindens ein, der Larynx ist unverändert.

Watson Williams und Waggett halten es für einen Fall von Gelenkfixation.

E. B. Waggett.

---

b) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. April 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein: 1. Epithelcarcinom des Sinus piriformis, welches anscheinend von der Aussenseite des Ringknorpels ausgeht.

2. Zwei an Rhinosklerom leidende Soldaten.

Chiari demonstrirt Theile vom Kerne einer Kokosnuss, welche er am 27. März mittels der oberen directen Bronchoskopie nach Killian aus dem rechten Hauptbronchus entfernte.

Glas: 1. berichtet über den bereits zweimal vorgestellten Fall von Initialsklerose der linken Tonsille, welche vielfach angezweifelte Diagnose nun ausser Frage steht.

2. Bei der in der letzten Sitzung vorgestellten Tuberculose des Nasenrachenraumes hatte die Jodmedication derart günstige Wirkung, dass man an eine Mischinfection mit Lues denken müsse. Tuberkelbacillen waren nachzuweisen.

Discussion: Hajek, Heindl, welche sich dieser Ansicht anschliessen.

Discussion zum Vortrage des Docenten Dr. Hajek in der März-Sitzung 1906:

Chiari operirte nach der von Hajek modificirten Killian'schen Methode ohne Schonung der Schleimhaut drei Fälle von Stirnhöhleneiterung; alle drei Fälle sind jetzt wohl und haben keine Doppelbilder.

Réthi betont in Uebereinstimmung mit Chiari, dass die Erhaltung der Schleimhaut in der Nase bei operativen Eingriffen nicht so weitgehende Beachtung nöthig hat.

Kahler berichtet über zwei mit gutem Erfolge nach dieser Methode operirte Fälle. Die Entfernung der Trochlea bedeutet jedenfalls eine Abkürzung der Ope-

rationsdauer. Die Entfernung des Processus nasofrontalis ist rasch gemacht und wichtig für eine Ausräumung des Siebbeins.

Koschier berichtet über 6 Fälle von Stirnhöhleneiterung nach der Killian-schen Methode und ihren Modificationen, und sieht der Vortragende die günstigen Heilungsbedingungen in der breiten Communication der Sirnhöhle mit der Nase. Indicirt ist dieser Eingriff aber nur in schweren Fällen.

Hajek erhält das Schlusswort.

Weil spricht über die Anwendung der Saugtherapie bei Naseneiterungen und möchte von ihrer therapeutischen Anwendung wegen der Infectionsmöglichkeit des Mittelohres nnd gesunder Nebenhöhlen dringend warnen.

Kahler berichtet über Versuche mit synthetischen, dem Adrenalin verwandten Stoffen. Dieselbe Wirkung wie das Adrenalin, dabei billiger.

Weil verwendete ebenfalls diese Mittel und schien die Aethylverbindung die wirksamste zu sein.

Hanszel-Chiari.

V. Briefkasten.

Johann August Killian (Worms). †

Kurz vor Weihnachten brachte uns der Telegraph die traurige Kunde, dass ein Fachkollege von seltener Gediegenheit und Schaffensfreudigkeit jählings aus dem Leben geschieden sei. Eine Herzparalyse in Folge von Atherom der Coronararterien hatte am Abend des 17. December das arbeitsreiche Dasein von Joh. Aug. Killian in Worms, einem Bruder des Freiburger Laryngologen, beendet.

Durch eine Reihe von mustergiltigen Arbeiten ist der Verstorbene allgemein bekannt geworden. Das Archiv f. Laryngologie enthält von ihm eine grössere anatomische, entwicklungsgeschichtliche und klinische Studie über die Gaumenmandeln und die Mandelbucht. Eine ganze Reihe von neuen und eigenartigen Verhältnissen, von denen einige schon den alten Anatomen bekannt, aber in Vergessenheit gerathen waren, wird hier dem Leser bekannt gegeben. Die neuen Anschauungen liessen sich besonders für die Lehre von den sogenannten peritonsillären Abscessen verwerthen, für die K. eine neue Eröffnungsmethode von der Tonsille aus angab. Zu der Lehre von der Persistenz des Ductus lingualis und den bezüglichen Folgeerscheinungen, ferner der Speichelsteine, des Pemphigus der Mundschleimhaut, der Rhinitis fibrinosa, des Laryngospasmus lieferte K. wichtige Beiträge. Für die subjective Kakosmie fand er als neue Ursache Anhäufung käsiger Massen in den divertikelartigen erweiterten Rosenmüller'schen Gruben. Seine Ausführungen über multiple Hirnnervenlähmungen zeugen von tiefem Eindringen in die moderne Neurologie. Ueber die Kieferhöhlenempyeme schrieb K. eine wichtige Arbeit in einer Zeit, in der sich die Rhinologen noch wenig mit diesem Thema beschäftigten und brachte eine Menge klinischer, diagnostischer und therapeutischer Neuigkeiten. Nicht genug betont kann werden, dass er uns durch die regelrechte Verwerthung der Rhinoscopia posterior zur Erkennung durch den mittleren Nasengang nach hinten abfliessenden Antrumeiters ein ausserordentlich wichtiges, practisch-diagnostisches Hilfsmittel an die Hand gab. Die Oesophagoskopie und die Bronchoskopie trieb K. mit Begeisterung und mit grossem Erfolg. Er bewies sich aber nicht allein dadurch, sondern auch durch seine souveräne Beherrschung unserer gesammten operativen Methoden als ein Moderner. Sein Vortrag über den Sitz und die Eröffnung tief liegender Zungenabscesse — leider sollte es sein letzter sein — war eine mustergiltige wissenschaftlich-chirurgische Leistung.

K. beherrschte in der That mit seltener Vollständigkeit und Gründlichkeit unser Fach, dabei war er nicht minder auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde zu Hause und übte auch hier eine grosse operative Thätigkeit. Viele Mittheilungen und Demonstrationen im Wormser ärztlichen Verein sind leider nicht zum Druck gelangt. In seinem Nachlasse befindet sich noch eine Reihe von unvollendeten Arbeiten.

Sein ärztlicher Ruf drang weit über seinen engeren Wirkungskreis hinaus, er war ein Meister in der Diagnose und hatte grosse therapeutische Erfolge. Seine Kranken liebten ihn, weil er in seltener Weise gut mit ihnen war. Bei seinen Kollegen stand er in hohem Ansehen und leitete lange Jahre als Vorsitzender den ärztlichen Verein. Von unseren Fachversammlungen besuchte er nur hier und da die des Vereins süddeutscher Laryngologen in Heidelberg, wo er ein gern gesehener Gast war.

K. lebte zurückgezogen und einfach seinem Beruf und seiner Familie. Sein frühes Hinscheiden im Alter von nur 53 Jahren beklagen wir auf's Tiefste; er hätte noch viel Erspriessliches auf unserm Gebiet leisten und noch lange segensreich wirken können.

Literaturverzeichniss: Beiträge zur Lehre von den makroskopischen, intrakraniellen Aneurysmen, eine unter Gerhardt gefertigte viel citirte Würzburger Dissertation, 1879. — Laryngospasmus und Tetanie, Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, No. 6, 1884. — Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle, ebenda, No. 10 und 11, 1887. — Sagittale Spalten der hinteren Enden beider Siebbeinmuscheln, ebenda, No. 7, 1890. — Rhinitis fibrinosa, „Der Kinderarzt", Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 1890. — Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae, Monatsschr. f. Ohrenheilk., No. 6, 1892. — Zur Behandlung der Angina phlegmonosa s. Peritonsillitis abscedens, Münchn. med. Wochenschr., No. 30, 1896. — Ueber Speichelsteine, Verhandlungen des Vereins südd. Laryngologen, Heidelberg, 1897. — Zur Pathologie des Ductus lingualis, Münchn. med. Wochenschr., No. 36, 1898. — Entwicklungsgeschichtliche, anatomische und klinische Untersuchungen über Mandelbucht und Gaumenmandel, Arch. f. Laryngologie, 7. Band, S. 167 bis 203, Tafel 5—7, 1898. — Ueber einen Fall von multipler Hirnnervenlähmung, Verhandl. d. Vereins südd. Laryngol., Heidelberg, 1899. — Entfernung einer Fischgräte aus dem linken Bronchus eines 3½jähr. Kindes vom Munde aus mittelst der direkten oberen Bronchoskopie, Deutsche med. Wochenschr., No. 52, 1901. — Acuter Verschluss der Speiseröhre bei einem 5jährigen Kinde, Münchn. med. Wochenschr., No. 38, 1902. — Entfernung eines Pfennigstückes aus dem rechten Bronchus eines Erwachsenen vom Munde aus mittelst oberer Bronchoskopie, ebenda, No. 37, 1903. — Ueber subjective Kakosmie, ebenda, No. 39, 1901. — Ueber den Sitz und die Eröffnung tief liegender Abscesse der Gegend der Zungenbasis und des angrenzenden Pharynxabschnittes durch Operation von aussen. Deutsche med. Wochenschr., No. 34, 1905.

Personalnachrichten.

Prof. G. Killian (Freiburg) ist zum Ehrenmitgliede der St. Petersburger oto-laryngologischen Gesellschaft und Dr. Emil Mayer (New-York) zum correspondirenden Mitgliede der Berliner laryngologischen Gesellschaft gewählt worden.

Geh. Rath B. Fränkel hat an die Laryngologen, welche bei der Stiftung des Laryngologenpreises, der seinen Namen tragen soll, betheiligt sind, folgenden Dankbrief gerichtet:

Berlin W. 9., den 18. November 1906.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Unter den zahlreichen Ehrungen, welche mir bei Gelegenheit meines 70. Geburtstages geworden sind, hat mir kaum eine eine innigere Freude bereitet als

der von den deutschen Laryngologen gestiftete Laryngologenpreis. Die Stiftungsurkunde desselben, welche in mustergültiger, künstlerischer Ausstattung hergestellt ist, wurde mir von Excellenz Professor Schmidt am 17. November überreicht.

Nicht nur, dass durch den Bernhard Fränkel-Preis meinem Namen Dauer gegeben werden soll, ist auch der Sinn der Stiftung, dass alle 5 Jahre die werthvollste Arbeit oder Erfindung auf dem Gebiete der Rhinolaryngologie mit einem Preis gekrönt werden soll, mir in jeder Weise sympathisch und entspricht einem Herzenswunsch, welchen ich in der Stille schon lange gehegt habe. Ich werde mich bemühen, in der nächsten Sitzung der deutschen laryngologischen Gesellschaft Bestimmungen über die Vertheilung des Preises vorzulegen, möchte aber nicht unterlassen, Ihnen, hochverehrter Herr Kollege, für Ihre Mitwirkung bei der Stiftung meinen herzlichsten und verbindlichsten Dank hierdurch auszusprechen.

Mit vorzüglicher Hochachtung
B. Fränkel.

Oto-laryngologische Bibliothek des Kommunehospitals zu Kopenhagen.

Durch Beiträge seitens der Kopenhagener Kommunalbehörden sowie durch die liebenswürdige Freigebigkeit zahlreicher Specialkollegen im Auslande und in Dänemark ist es der oto-laryngologischen Klinik des Kommunehospitals zu Kopenhagen gelungen, eine Bibliothek der Specialliteratur zu gründen, welche bis jetzt ca. 2000 kleinere Abhandlungen und Separatabdrücke nebst ca. 150 Bänden Handbücher, Atlanten und grösseren Monographien umfasst. Ueber diesen Bestand ist ein systematischer Katalog ausgearbeitet worden.

Indem ich diese Gelegenheit benutze, um meinen vielen ausländischen Kollegen, welche mit ihren Arbeiten unsere Bibliothek bereichert haben, und insbesondere denjenigen, welchen aus zufälligen Gründen meine persönliche schriftliche Danksagung nicht erreicht haben sollte, aufs Neue bestens zu danken, gestatte ich mir die Bitte an alle oto-laryngologische Kollegen zu richten, auch künftig unserer Bibliothek in Wohlwollen zu gedenken und derselben ihre Arbeiten, Bücher, Monographien, Separatabdrücke gütigst überweisen zu wollen.

Da unsere Bibliothek eine Anzahl von katalogisirten Dubletten besitzt, sind wir gern bereit, solche mit ähnlichen Bibliotheken zu tauschen, sowie wir gern, Reziprozität vorausgesetzt, Bücher, Separatabdrücke u. s. w. an andere Specialbibliotheken ausleihen werden.

Holger Mygind.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, März. 1907. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals.

1) **Chas. H. Knight. Bemerkungen über neue Fortschritte auf dem Gebiete der Laryngologie und Rhinologie. (Notes on recent advances in Laryngology and Rhinology.)** *N. Y. Medical Journal. 13. October 1906.*

Der Aufsatz stellt ein sehr inhaltsreiches und interessantes Resumé der neueren Fortschritte der Laryngologie und speciell der Rhinologie dar. Die behandelten Fragen sind gut ausgewählt; die kritischen Bemerkungen des Verfassers sind zutreffend und gerecht.

LEFFERTS.

2) **Gustav F. Ruediger. Die von Scharlachkranken, aus normalem Hals und aus anderen Quellen stammenden Streptokokken. (The streptococci from scarlatina and normal throats and from other sources.)** *Journal of infectious diseases. 30. October 1906.*

Streptococcus pyogenes findet sich constant in grosser Menge im Hals von Patienten, die an Tonsillitis und Scharlach erkrankt sind, solange die Entzündung der Tonsillen besteht. Mit dem Verschwinden der Tonsillenerscheinungen nimmt auch die Zahl dieser Mikroorganismen rapid ab.

Streptococcus pyogenes kann nicht als ein normaler Bewohner der Mundrachenhöhle bei normalen Individuen betrachtet werden, obwohl er in geringer Menge bei 59 pCt. der gesunden Personen gefunden wurde. Pneumokokken fanden sich unter 154 Fällen 119 mal.

EMIL MAYER.

3) **E. Stolkind. Zur Casuistik der gleichzeitigen Erkrankung an Influenza und Typhus abdominalis. (K kasuistike sowmestnawe satolewonija influenzoi i brjuschnim tifom.)** *Wrastch Gaz. No. 32. 1905.*

S. beschreibt einen Fall und führt die zugehörige Literatur an.

P. HELLAT.

4) **H. Glower Longworthy. Koplik'sche Flecke; ihre Bedeutung für den Laryngologen. (Koplik spots; their relation and interest to Laryngologists.)** *N. Y. Medical Record. 1906.*

Verf. bespricht die bei fieberhaften Infectionskrankheiten vorkommenden resp. ihnen vorausgehenden Erscheinungen von Seiten der Rachenhöhle und die Nothwendigkeit für den Laryngologen, sie zwecks einer frühzeitigen Diagnose der Infectionskrankheit richtig deuten zu können. Er nimmt besonders Bezug auf die Koplik'schen Flecken, deren Aussehen und Vorkommen er genauer beschreibt.

LEFFERTS.

5) **H. Strasser. Anleitung zur Präparation des Halses und des Kopfes.** *Jena. G. Fischer.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

6) **Suchy** (Steinamanger). **Ein eigenartig verlaufender Fall von Halsphlegmone.** *Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1906.*

Begründung der Annahme einer „Holzphlegmone". Brettharte Schwellung, lange Dauer, fieberlose und schmerzlose Entwicklung. Nach Auftreten eines kleinen Abscesses Heilung. HANSZEL-CHIARI.

7) **Guyot. Gasgeschwulst am Halse. Beiderseitige Tracheocele bei einem rhachitischen Kinde. (Tumeur gazeux du cou. Tracheocèle bilatérale chez un enfant rachitique.)** *Journal de Médecine de Bordeaux. No. 40. 1906.*

Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, bei dem sich ein glatter, elastischer, indolenter, fortdrückbarer Tumor von der Grösse eines Eies intermittirend an der rechten Halsseite zeigte. Man konnte sein Wiedererscheinen verhindern, indem man die seitliche rechte Partie der Trachea comprimirte. Ein kleinerer nussgrosser Tumor von gleicher Beschaffenheit befand sich auf der linken Seite. Das Kind war ausgesprochen rhachitisch. Der Tumor trat nur während der Exspiration oder beim Schreien auf. BRINDEL.

8) **J. Broeckaert. Beitrag zum Studium der Pathologie seröser Halscysten. (Contribution à l'étude de la pathologie des kystes séreux du cou.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. I. Fasc. 1906.*

15tägiges Kind mit dyspnoeischen Störungen in Folge eines voluminösen Halstumors, welcher bei der Punction eine seröse, fadenziehende Flüssigkeit austreten lässt; alsbaldige Operation wegen bestehender Lebensgefahr, welche trotz der Prolongation der Cyste in den Brustkorb hinein leicht vor sich ging. Die anatomopathologische Untersuchung ergab: seröse multiloculäre Cyste congenitalen Ursprungs. BAYER.

9) **G. Bien. Ueber accessorische Thymuslappen im Trigonum caroticum.** *Anat. Anz. Bd. 29. 13/14. S. 325.*

Beschreibung der Präparate von zwei Neugeborenen, bei denen der Halstheil der Thymus bis an das Os hyoideum hinaufreichte. J. KATZENSTEIN.

10) **Gomot. Zwei Fälle von Laryngospasmus infolge Hypertrophie der Thymus. (Deux cas de laryngospasme par hypertrophie du thymus.)** *Annales médico-chirurgicales du centre. No. III. 1906.*

Bericht über zwei Säuglinge, die im Moment, wo sie an die Brust gelegt wurden, sehr ausgesprochene Erstickungsanfälle bekamen. Das eine Kind starb in einem solchen Anfall; Verf. glaubt, ohne sich auf das Resultat einer anatomischen Untersuchung stützen zu können, dass es sich um eine Vergrösserung der Thymus gehandelt habe.

BRINDEL.

11) **Warthin. Hypertrophische Thymus. (Hypertrophic thymus.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Juni 1906.*

Verf. beschreibt zwei Fälle von plötzlichem Tod bei Kindern mit Vergrösserung der Thymus. In beiden Fällen zeigte die Thymusdrüse lymphoide Hyperplasie mit einer grossen Menge von eosinophilen Zellen. Verf. meint, dass es sich in beiden Fällen um eine Toxämie mit schliesslicher Erschöpfung des lymphatischen Materials der Lymphdrüsen, des Knochenmarks und der Milz und daraus folgender compensatorischer Hypertrophie der Thymusdrüse handelte. Dafür spricht, dass Atrophie resp. Verschwinden der lymphoiden Elemente in den Lymphdrüsen und Hyperplasie des Endothels und Bindegewebes constatirt werden konnte.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Parmentier. Der Nasenverschluss. (L'obstruction nasale.)** *Progrès Méd. Belge. No. 6. 1903.*

Der Autor hebt zuerst die Gefahren hervor, welche die Mundathmung in Bezug auf Rachen-, Kehlkopf- und Brustaffectionen mit sich bringt; ausserdem kann der Nasenverschluss insbesondere bei Kindern ernstere Nutritionsstörungen hervorrufen. Sodann geht Verf. über zur Aufzählung der verschiedenen Ursachen, welche den Nasenverschluss bedingen unter Berücksichtigung ihrer Natur.

BAYER.

13) **Hölscher** (Ulm). **Die Behinderung der Nasenathmung und ihre Bedeutung für die Militärdienstfähigkeit.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztlichen Landesvereins. 41. 1906.*

Eine grössere Anzahl von Rekruten wird alljährlich eingestellt, die an Behinderung der Nasenathmung leiden. Sobald die Anstrengungen grösser werden, beginnen die Störungen. Zur Verhütung von Schädigungen während der Dienstzeit wird empfohlen, bei jedem eintretenden Rekruten die Nase genau zu untersuchen und alle Leute mit behinderter Athmung den Corpsohrenstationen zur specialärztlichen Behandlung zuzuweisen.

SEIFERT.

14) **W. C. Rivers. Die Häufigkeit mangelhafter Nasenathmung als Vorläufer von pulmonärer und extrapulmonärer Tuberculose. (The frequency of impaired nasal respiration as an antecedent to pulmonary and extrapulmonary tuberculosis.)** *British Medical Journal. II. p. 1536. 1906.*

Verf. giebt eine Fortsetzung seiner diesbezüglichen Untersuchungen. Die auf einer nur kleinen Zahl von Beobachtungen basirenden Resultate sind, dass mangel-

hafte Nasenathmung bei 54 pCt. der Fälle von pulmonärer und bei 30 pCt. von extrapulmonärer Tuberculose sich vorfand.

JAMES DONELAN.

15) **Francis Faught. Die Bedeutung der frühzeitigen Diagnose der Nasenverstopfung und ihre Beziehung zu späteren Respirationsstörungen. (The importance of early recognition of nasal obstruction and its relation to later respiratory disturbances.)** *N. Y. Medical Journal. 10. November 1906.*

Der Aufsatz, der meist aus einer Beschreibung der verschiedenen Ursachen der Nasenverstopfung besteht, enthält nichts Neues. Ueber die „frühzeitige Diagnose" wird wenig gesagt und was „die Beziehung der Nasenverstopfung zu späteren Respirationsstörungen" betrifft, so kann man mit dem vom Verf. Gesagten nicht übereinstimmen.

LEFFERTS.

16) **Fein. Ueber die Bedeutung der unteren Muschel für die Luftdurchgängigkeit der Nase in klinischer Beziehung.** *Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. 19. S. 141. 1906.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

17) **Cramer** (Koburg). **Ein Fall von erworbener Atresia nasi.** *Wiener klin. Rundschau. No. 45. 1906.*

Nach Annahme des Autors handelte es sich um eine hereditäre Lues, welche nach Ausheilung von Geschwüren membranartig die Nase im Vestibulum verschloss.

CHIARI.

18) **Alexander Iwanoff. Beitrag zur Casuistik der Choanalatresien.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 332.*

Eine offenbar angeborene unvollständige Atresie, verursacht durch eine Missbildung des Nasenrachenraums, welcher durch einen sagittal verlaufenden Wulst in zwei Hälften getheilt und im ganzen verengt war. Die Schädelmessung ergab hohen Gaumen bei breitem Gesicht und breiter Nase. J. folgert daraus, dass hoher Gaumen — entgegen der Theorie Siebenmann's — nicht immer als Symptom von Leptoprosopie auftritt; der Fall spricht eher zu Gunsten von Waldow-Körner, die den hohen Gaumen auf die erschwerte Nasenathmung zurückführen.

F. KLEMPERER.

19) **Koenigstein. Ein Fall von Verschluss der hinteren Nasenchoane mittelst Knochendiaphragma. (Prypadek zavosniecia tymych choan nosovych zapomoca kostnej diafragmy.)** *Medycyna. No. 34. 1906.*

Es wurde vom Verf. in der laryngologischen Gesellschaft ein 18jähriges Mädchen vorgestellt. Verschiedene operative Versuche blieben erfolglos. In der Discussion wurden verschiedene Methoden, die in dem vorliegenden Falle anwendbar wären, erwähnt.

A. SOKOLOWSKI.

20) **Henrici. Ueber respiratorische Druckschwankungen in den Nebenhöhlen der Nase.** *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane. Bd. 41. Heft 4. S. 283.*

Die bisherigen Versuche waren an der Leiche, am Thier oder am Lebenden

von einer künstlichen Oeffnung der Kieferhöhle vorgenommen. Verf. benutzte zu seinen Versuchen die natürliche Oeffnung der Kieferhöhle des Lebenden. Es ergab sich, dass bei ruhiger Athmung kein wesentlicher Unterschied der Druckschwankungen in Nasen- und Nebenhöhle besteht. Bei forcirter Athmung fällt der Druck bei der Inspiration bis auf —60 bis —80 mm Wasser, um bei der Exspiration auf ungefähr ebensoviel Ueberdruck zu steigen. Die Kieferhöhle bildet einen von starren Wänden eingeschlossenen Hohlraum mit nur einer Oeffnung, während die Nasenhöhle mehr einer bauchigen Röhre gleicht, die mit zwei entgegengesetzt liegenden Oeffnungen versehen ist. In dieser Röhre wird sich der negative Druck durch die frei nachströmende Luft rascher ausgleichen können und darum im gegebenen Falle nicht solche Dimensionen anzunehmen brauchen, als in der Kieferhöhle, wo der Ausgleich der Druckdifferenz nur durch eine Oeffnung erfolgen muss. Ferner wirkt die an der Kieferhöhlenöffnung vorbeiströmende Luft ansaugend auf die Luft in der Kieferhöhle. Es sind hier dieselben Verhältnisse wie bei einer Wasserstrahlpumpe, wo das stürzende Wasser aus einem Glaskolben die Luft mit sich fortreisst. Die Kieferhöhle ist an die Nasenhöhle seitlich ähnlich angeschlossen wie der zu evacuirende Glaskolben an die Saugpumpe. Die anatomischen Verhältnisse in der Nase begünstigen das Inkrafttreten der Saugwirkung. Der vor der Kieferhöhlenöffnung schräg vorragende Proc. uncinat. des Siebbeins leitet die Inspirationsluft an der Kieferhöhlenöffnung vorbei und verhindert so ein Einströmen der Luft in die Höhle. Bei ruhiger Athmung wird sich demnach die saugende Kraft des Luftstromes in der Nase kaum bemerkbar machen. Da diese Kraft aber im Quadrat zu der zunehmenden Geschwindigkeit des strömenden Mediums wächst, so kann sie bei forcirter Athmung eine bedeutende Grösse erreichen. So wird erklärt, dass bei der Inspiration der negative Druck in der Kieferhöhle grösser sein kann als in der Haupthöhle der Nase. Auch der starke Ueberdruck bei der Exspiration lässt sich dadurch erklären, dass der Proc. uncinat. bei der Exspiration, während er ihn bei der Inspiration an dem hinter ihm verborgen liegenden Ostium der Kieferhöhle vorbeiführt, auffängt und ihn in die Kieferhöhle hineinführt. Da die Luft in dem geschlossenen Kieferhöhlenraume nicht ausweichen kann, so muss ein starker Ueberdruck entstehen.

J. KATZENSTEIN.

21) **Samuel J. Darling. Die Nasennebenhöhlen und Pneumokokkeninfectionen. Vorläufige Mittheilung. (The accessory nasal sinuses and pneumococcus infections. A preliminary communication.)** *Journal of the American Medical Association. 10 November 1906.*

Auf den Zusammenhang zwischen Sinuserkrankung und Pneumokokkeninfection waren bis Juli 1906 am Aucon Hospital (Panama) bei 52 Obductionen geachtet worden; in 37 der Fälle handelte es sich um Pneumokokkeninfection und zwar vertheilen sich diese wie folgt: Croupöse Pneumonie 22, acute Pericarditis 1, acute Meningitis 9, Pneumokokkenseptikämie 5. Die übrigen 15 Fälle dienten als Controllfälle.

Es zeigte sich, dass in 92 pCt. der zur Autopsie kommenden Fälle von Pneumokokkeninfection ein „ausgesprochener Grad von mehr oder minder typischer (? Uebersetzer) Pneumokokkenentzündung einer oder mehrerer Nebenhöhlen vor-

handen war". Die Entzündung ist im Allgemeinen eine intensive. Sie ist von fibrino-purulentem Charakter; Fibrin und mononucleäre Zellen sind in Menge vorhanden. Pneumokokken finden sich stets und zwar hängt ihre Zahl von der Dauer der Erkrankung ab. Ein sehr wichtiger Punkt ist das Alter der Sinusaffection, das der Schätzung nach grösser war als das der Lungen- oder Meningealerkrankung. Von den croupösen Pneumonien zeigten 91 pCt. eine Sinusitis. Alle Fälle acuter Pneumokokkenmeningitis boten eine Entzündung einer oder mehrerer Nebenhöhlen dar; in allen diesen war Mittelohr und Mastoidzellen normal. Bei der Pneumokokkenseptikämie fand sich in 80 pCt. der Fälle eine Sinusitis. EMIL MAYER.

22) Trétrop. **Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Behandlung der Sinusitiden mit Vorstellung von an Frontal-, Frontomaxillar- und Frontoethmoid-sphenoidal-Sinusitiden operirten Fällen. (Aperçu sur l'état actuel de la cure des sinusites avec présentation d'opérés de sinusite frontale, fronto-maxillaire et fronto-ethmoido-spénoidale.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. October 1906.*

Der erste Theil bringt Bekanntes. Die von F. vorgestellten Fälle betreffen:

1. eine recidivirende rechtsseitige Frontalsinusitis bei einem 27jähr. Kranken, welcher nach Ogston-Luc operirt wurde; Recidiv nach 11 Tagen, welches durch Katheterismus des Canal. maxill. mit Injection von Sauerstoffwasser in denselben und in eine in der Wundnarbe entstandene kleine Fistel rasch zur Heilung gebracht wurde, ohne Hinterlassung einer sich bemerkbar machenden Narbe;

2. eine Sinusitis fronto-maxillaris bei einem 15jähr. Mädchen; Operation beider Sinus mit Heilung ohne sichtbare Narbe;

3. Polysinusitis fronto-ethmoido-sphenoidalis; Operation nach Moure bei einem 22jähr. Mädchen mit eitrigem Ausfluss aus der rechten Nasenhöhle;

4. fungöse Sinusitis maxill. complicirt mit Suborbitalphlegmone, eiteriger Mittelohrentzündung und Osteomyelitis des Oberkiefers bei einer 49jähr. Frau, operirt nach Ogston-Luc mit Entfernung eines Sequesters vom Mund aus; schliesslich einen Fall von Osteomyelitis des Oberkiefers im Gefolge einer Sinusitis bei einem 4wöchigen Kind; Heilung ohne Operation durch combinirte, locale und allgemeine specifische Behandlung, letztere von der stillenden Mutter aus.

BAYER.

23) v. Hacker. **Kieferhöhleneiterung.** (Verein der Aerzte in Steiermark, Sitzung vom 26. Februar 1906.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 38. 1906.*

Bericht über zwei Fälle von hartnäckiger chronischer Kieferhöhleneiterung, welche mit gutem Erfolge nach der Methode von Boeninghaus operirt wurden. In der Discussion berichtet Payr (Graz) über zwei von ihm nach der Friedreich'schen Methode operirte chronische Kieferhöhleneiterungen. CHIARI.

24) Bignet. **Die von Mundhöhle und Zähnen ausgehenden Oberkieferempyeme. (Origine bucco-dentaire des sinusites maxillaires.)** *Thèse de Paris. 1906.*

Verf. glaubt in der Mehrzahl der Fälle an einen dentalen Ursprung des Empyems. A. CARTAZ.

25) **W. Barrelt** und **H. W. Orr** (Melbourne). **Bemerkungen über den Werth der Durchleuchtung bei Oberkieferempyemen. (A note on the value of the transillumination test in empyema of the maxillary antrum.)** *Intercolonial Medical Journal. October 1906.*

In drei Fällen war, obwohl die Augen durchleuchtet waren, das Antrum voller Eiter. Die Dunkelheit wird mehr durch Veränderungen im Knochen als durch die Anwesenheit von Eiter bedingt. In frischen Fällen kann, solange sich noch keine Veränderungen am Knochen gebildet haben, die Luft durchdringen.

A. J. BRADY.

26) **Piffl** (Prag). **Zur Operation und Casuistik der chronischen Oberkieferhöhleneiterungen.** *Prager med. Wochenschr. No. 17 u. 18. 1906.*

Empfehlung der Luc-Caldwell'schen Operation, deren Vortheile sind:

1. Sie ermöglicht eine vollständige Uebersicht über die erkrankte Höhle.

2. Durch die Herstellung einer dauernden ausgiebigen Communication mit der Nase ist jede Retention bei eventuellem Recidiv ausgeschlossen.

3. Die Ueberkleidung der Höhle mit gesunder Schleimhaut wird durch die Schleimhautplastik nach Boeninghaus sehr unterstützt und so die Heilungsdauer bedeutend verkürzt.

4. Die Naht des oralen Schnittes verhindert die Unannehmlichkeiten einer Communication zwischen Mund- und Oberkieferhöhle.

5. Die Nachbehandlung ist auch für den Patienten leicht durchführbar.

6. Nach entsprechender Verkleinerung der unteren Nasenmuschel kann auch eine Inspection der Höhle mit dem Zaufal'schen Nasentrichter vorgenommen werden.

CHIARI.

27) **A. Iwanow. Ueber Operationen an der Kieferhöhle. (Ob operaziach na tscheljustnoi nasuche.)** *Jeshemesjatschnik uschnik, gorl.-nos. bobs. No. 3. 1906.*

Der Autor recapitulirt kurz die verschiedenen Methoden der Kieferhöhlenoperation und beschreibt besonders die Denker'sche. Er hält dieselbe für die vollkommenste. Nach dieser Methode operirte J. 5 Kieferhöhlen. Aber er führte nur eine einzige vollständig nach Denker aus. — J. hält die Resection des Knochens vom Rande der Apertura pyriformis angefangen für überflüssig und in einzelnen Fällen nicht ausführbar. Er schlägt daher vor, den Rand stehen zu lassen und nur eine Communication mit der Nase vorzunehmen. Ferner räth er die Eröffnung der Kieferhöhle von der Basis des Jochbogens zu beginnen.

P. HELLAT.

28) **Trétrop. Ueber die Benutzung der natürlichen Wege für die Diagnose des offenen Empyems der Kieferhöhle und dessen Behandlung. (De l'utilisation des voies naturelles pour le diagnostie de l'empyème ouvert du sinus maxillaire et son traitement.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Janvier 1906.*

T. bringt als Neuigkeit die längst bekannte und von dem Ref. vor mehr als 20 Jahren angegebene Methode des Katheterismus des Antrum; der einzige Unter-

schied besteht darin, dass T. lauwarmes Sauerstoffwasser (15—20 ccm) zum Ausspritzen verwendet. Mittheilung einiger Fälle. BAYER.

29) **Tixier. Grosse entzündliche Cyste des Oberkiefers. Radiographie. (Enorme kyste inflammatoire du maxillaire supérieur. Radiographie.)** *Lyon médical. No. 22. 1906.*

Es scheint sich in Wirklichkeit um eine entzündete paradentale Cyste gehandelt zu haben, die der Verf. zu öffnen sich begnügte. Er will die Oeffnung durch eine Prothese schliessen. BRINDEL.

30) **J. V. Shoemaker. Ein tödtlicher Fall von Rundzellensarkom der Oberkieferhöhle und des Ober- und Unterkiefers. (A fatal case of round-cell sarcoma of the sinus and of the upper and lower maxilla.)** *Medical Bulletin. November 1906.*

Pat. fühlte sich durch die Behandlung mit Röntgenstrahlen sehr gebessert. In der Hoffnung, mit ihrer Hülfe eine schnelle Genesung zu erreichen, forcirte Patient, als er nicht mehr im Krankenhaus war, die Röntgenbehandlung. Es trat Sepsis ein und Verf. ist der Ansicht, dass dies nicht der Fall gewesen wäre, wenn die Röntgenstrahlen langsamer oder mit temporärer Unterbrechung angewandt worden wären. EMIL MAYER.

31) **V. Delsaux. Pseudosinusitis frontalis, bedingt durch einen subperiostalen Stirnabscess, complicirt mit Thrombophlebitis des oberen Sinus longitudinalis. Meningitis. Tod. Autopsie. (Pseudosinusite frontale due à un abcès souspériosté du front, compliqué de thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur. Méningite. Mort. Autopsie.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 10. 1906.*

D. hat diese Beobachtung zum Gegenstand einer Mittheilung auf dem Congress der British Association zu Toronto (Canada) gemacht; es ist dies die Krankengeschichte einer noch jungen Frau mit rechtsseitiger Suborbitalcephalalgie, begleitet von heftigem Fieber, eine Nebenhöhlenretention vortäuschend. Die Kranke wurde operirt mit Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel und darauf an dem Stirnabscess. Zu gleicher Zeit erforschte der Autor den Sinus frontalis, welcher sich als gesund erwies. Die Patientin erlag und die Autopsie ergab, dass es sich um eine Thrombose des Sinus longitudinalis handelte, die sich auf den linken Sinus lateralis ausbreitete und die Thrombophlebitis der linken Jugularis veranlasst hatte. D. untersuchte genau alle Gesichtsnebenhöhlen; keine zeigte sich erkrankt; er vermuthet, dass der infectiöse Process die Bahn einer der perforirenden Knochenvenen eingeschlagen habe und lenkt die Aufmerksamkeit seiner Collegen auf die Schwierigkeit der Diagnose bei solchen irreleitenden Fällen. BAYER.

32) **Shirmunski. Zur Casuistik acuter Entzündungen der Stirn-Kieferhöhle. (K kasuistike ostrawo wospalenija tscheljustnoi i lobnoi pasuch.)** *Jeshemes. usch. yorl. i nos. bol. No. 6. 1906.*

S. berichtet über 10 Fälle von acuten Sinusitiden. Die Diagnose wurde durch verschiedene Lagerung des Kopfes und mit Durchleuchtung (5 Fälle positiv) ge-

macht. Bei der Behandlung leisteten dem Autor Adrenalin und Wärme gute Dienste.

Beide Mittel kennt Referent aus eigener Erfahrung. Ueber Wärmeanwendung in Gestalt von trockenen heissen Compressen oder Beleuchtung mit elektrischem Reflector hat er wiederholt Mittheilungen gemacht. Die Wärme ist bei allen Entzündungen ein wirksames Mittel.

P. HELLAT.

33) **Hagen-Torn. Orbitageschwülste, welche sich infolge von cystischer Erweiterung der Stirnhöhle entwickeln. (Opucholi glasnizi raswiwschijasja w sledstwie kistowinawo rastjashenija lobnich pasuch [Sinusitis frontalis chr. cum dilatatione].)** *R. Wratsch. No. 37. 1906.*

H. führt zwei Fälle an, von denen er einen Fall operirte. Beide entwickelten sich nach einem Trauma. Beide Geschwülste enthielten rahmähnliche Flüssigkeit und waren von erheblicher Grösse, so dass das Auge dislocirt wurde. H. weist auf die Seltenheit dieser Geschwülste hin. Killian konnte im Ganzen über 64 Fälle berichten; selbst hatte er jedoch keinen Fall beobachtet.

Die Diagnose ist nicht leicht. H. neigt zu der Annahme, dass es sich um eine Verstopfung des Pirogow'schen Kanales gehandelt habe.

P. HELLAT.

34) **Heyninx. Ein Fall von Ausräumung einer linksseitigen Stirnsiebbeinsinusitis. (Un cas d'évidement pour sinusite fronto-éthmoïdale gauche.)** *La Presse Méd. Belge. No. 8. 1906.*

Krankenvorstellung einer Radicaloperation wegen einer linksseitigen Stirnsiebbeinsinusitis und Siebbeincaries nach Panas und Guillemin. Die Kranke konnte nach 10 Tagen entlassen werden.

BAYER.

35) **James F. Mc. Caw. Orbital- und Meningealinfection an den Siebbeinzellen. Tod. Bericht über einen Fall. (Orbital and meningeal infection from the ethmoid cells. Death. Report of a case.)** *American Journal of Medical Science. August 1905.*

Der Weg der Infection scheint ein ungewöhnlicher gewesen zu sein. Der Eiter ging nämlich durch die Orbitalhöhle hindurch zum Processus angularis ext. und bildete dort einen grossen subperiostalen Abscess, nach hinten drang er durch die Fissura sphenoidalis in die Schädelhöhle.

EMIL MAYER.

36) **Sebileau. Enchondrom des Siebbeins. (Enchondrome de l'ethmoide.)** *Soc. de chir. Paris. 13. December 1905.*

S. stellt ein junges Mädchen vor, das er wegen eines hühnereigrossen Enchondroms des Siebbeins operirt hat.

A. CARTAZ.

37) **St. Clair Thompson. Complicationen des Keilbeinempyems von Seiten des Gehirns und der Augen. (Cerebral and ophthalmic complications in sphenoidal sinusitis.)** *Trans. med. soc. London. 1906. Brit. med. Journ. 23. September 1906. Lancet. 29. September 1906.*

Verf. berichtet über 2 Fälle mit Sectionsbefund. In dem einen handelte es sich um einen Mann, bei dem seit Jahren Ausfluss aus der Nase bestand und der an eitriger Meningitis starb, im anderen um ein 16jähriges Mädchen, bei dem

keinerlei Erscheinungen von Seiten der Nase bestanden und die an eitriger Phlebitis, die ihren Ursprung im Sinus cavernosus hatte, zu Grunde ging. In beiden Fällen war die Keilbeinhöhle die einzige Nebenhöhle, die Eiter enthielt und deren Schleimhaut erkrankt war.

Es wird ein 40 andere tödtlich verlaufende Fälle umfassendes Litteraturverzeichniss mitgetheilt; aus diesem geht hervor, dass Thrombose des Sinus cavernosus und Meningitis meist den Anfang der Cerebralerkrankung bildet.

E. B. WAGGETT.

38) **Coppez. Zwei Fälle von Blindheit infolge von Sinusitis sphenoidalis. (Deux cas de cécité par sinusite sphénoïdale.)** *La Presse Méd. Belge. No. 11. 1906.*

In der Sitzung vom 16. März 1906 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler berichtet C.:

1. Ueber eine 58jährige Frau, welche nach einer Influenza heftige Kopfschmerzen, besonders in der rechten Stirngegend bekam und innerhalb 14 Tagen das Gehör verlor, mit Erbrechen und Exopththalmus; die Beweglichkeit des Auges nach aussen ist vollständig aufgehoben und man constatirt eine postneuritische Atrophie des Sehnerven mit vollständiger Blindheit; links hat das Auge ein normales Aussehen; es werden jedoch die Finger nur mit Schwierigkeit auf 20 cm gezählt; es besteht eine purulente Ethmoiditis und Sphenoiditis. Die Krönlein'sche Operation ergiebt kein Resultat, aber die Curettage der Siebbeinzellen und des Sinus sphenoidalis mit Drainage führt eine ganz bemerkenswerthe Besserung der Sehschärfe herbei.

2. Ueber ein junges 23jähriges Mädchen, das seit 7 Jahren an einer Sinusitis sphenoid. leidet und seit 1905 links vollständig erblindet ist infolge von Atrophie des Sehnerven. Das rechte Auge ist ebenfalls ergriffen; Sehschärfe $= {}^1/_6$; dabei Verminderung der Sensibilität im Gebiete des 1. und 2. Trigeminusastes. Nachdem zuerst die Krönlein'sche Operation erfolglos vorgenommen worden, führte Buys die Radicaloperation mit Hinwegnahme des Nasenbeins und des aufsteigenden Oberkieferastes aus, entfernte einen grossen Theil des Siebbeins und curettirte den Sinus sphenoid., aus welchem er eine grosse Menge Fungositäten und grünlichen fötiden Eiters entfernte, worauf das Sehvermögen alsbald wiederkehrte.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

39) **Riegner. Beiträge zur Physiologie der Kieferbewegungen. 2. Theil. Die Kiefermuskeln und ihre Wirkungsweise beim Affen (Macacus Rhesus).** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). 2/3. S. 109. 1906.*

Die Wirkungsweise der Kiefermuskeln stimmt beim Menschen und beim Affen, bei künstlichem Zug an der Leiche und bei der elektrischen Reizung überein.

J. KATZENSTEIN.

40) **C. Chissin. Ueber die Oeffnungsbewegung des Unterkiefers und die Betheiligung der äusseren Pterygoidmuskeln bei derselben.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). 1. S. 41. 1906.*

Die Oeffnung des Mundes zerfällt in eine drehende und eine translatorische, sie erfolgt um inconstante Achsen, die etwas über der Mitte des aufsteigenden Kieferastes liegen. Die Veränderung der Achse sowie die translatorische Bewegung lässt sich nach drei Stadien eintheilen. Im ersten Stadium hat die Drehungsachse eine mittlere Lage, die Verschiebung erfolgt abwärts und rückwärts; im zweiten Stadium rückt die Drehungsachse nach vorn und unten, es findet kaum eine Verschiebung statt; im dritten Stadium liegt die Achse vor dem Tuberculum, der Unterkiefer rückt nach hinten. Nach den Leichenversuchen des Verf.'s kommt diese ganze Bewegungsform des Unterkiefers durch die Thätigkeit des M. pteryg. ext. zu Stande.

J. KATZENSTEIN.

41) **L. Hauchamps. Radiographie des Kiefers und der Zähne. (Radiographie du maxillaire et des dents.)** *La Clinique. No. 25. 1906.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler am 9. Juni 1906 demonstrirte H. ein Verfahren für die Radiographie der Kiefer; es handelt sich dabei darum, eine schiefe Projection des Kiefers auf eine etwas grosse zwischen die Zahnreihen des Kranken eingeschobene Platte zu bekommen, ein Verfahren, welches schon vor 4 Jahren in einer ausländischen Revue ohne Angabe des Autors mitgetheilt worden sei.

BAYER.

42) **Percival Bollen. Parotitis im Verlauf von Dysenterie. (Parotitis during dysentery.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1906.*

Es handelt sich um ein $4^1/_2$jähriges Kind, bei dem am 12. Krankheitstage eine Parotitis auftrat. Es herrschte keine Epidemie von Mumps. Verf. betont das Fehlen von Angaben über das Zusammentreffen beider Erkrankungen in der Literatur.

A. J. BRADY.

43) **O. Eichholz. Drei Fälle von Verstopfung des Ductus submaxillaris. (Three cases illustrating obstruction of the submaxillary duct.)** *Lancet. 28. April 1906.*

In allen Fällen trat plötzlich Anschwellung der Drüse ein. In dem einen Falle befand sich im Wharton'schen Gang eine gelbliche Masse; in einem anderen Falle hatte ein mit hartem mineralischen Stoff inkrustirtes Haar die Verlegung bewirkt.

ADOLPH BRONNER.

44) **Cesare Merlo. Ueber einen Fall von acuter eitriger Entzündung aller Speicheldrüsen. (Sopra un caso di infiammazione purulenta acuta di tutte le glandule salivari.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. 15. Juni 1906.*

Es handelte sich um eine 48 jährige Frau, bei der eine Anschwellung zuerst der rechten und eine Nacht darauf der linken Parotis auftrat. Gleichzeitig sistirte die Speichelsecretion vollkommen. Verf. fand, dass die Schwellung der Parotisgegend sich nach vorn auf die Wange und nach unten auf die Regio suprahyoidea

der Glandula submaxillaris entsprechend erstreckte. Die Schleimhaut der Mundhöhle war trocken, geröthet. Drückte man auf die Ductus Stenoniani, so sah man aus ihrer Mündung Eiter hervorquellen. Die Sondirung letzterer gelang leicht, man stiess auf keinen Fremdkörper. Unter der Zunge sah man eine den Glandulae sublinguales entsprechende grosse Schwellung. Auch auf Druck auf die Ductus Whartoniani entleerte sich Eiter. Mit dem Verschwinden der entzündlichen Erscheinungen begann auch die Speichelsecretion wieder. FINDER.

45) **Vincenzo Chirivino. Endotheliales Fibrosarkom der sublingualen Speicheldrüsen. (Fibro-sarcoma endotheliale delle glandole salivari sottolinguali.)** *Arch. Ital. di Laringologia. I. 1905.*

Bei der 44jährigen Patientin fand sich unterhalb der Zunge links von der Mittellinie auf dem Mundboden ein Tumor von hart-elastischer Consistenz; er war nicht schmerzhaft, die Schleimhaut über ihm unverändert. Verf. hielt es zuerst für eine Ranula. Bei der Incision fand sich jedoch keine Flüssigkeit, sondern eine feste Gewebsmasse. Der Tumor wurde nun exstirpirt; er hatte oblonge Form und wog 47 g. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein endotheliales Fibrosarkom. In seiner Mitte fand sich eine eingedickte Flüssigkeit, die mikroskopisch und chemisch sich als Speichel erwies. FINDER.

46) **Cholmogorow. Behandlung von starkem Speichelfluss während der Schwangerschaft mit Atropin. (Letschenie silnawo sljunete tschenije wo Wremja beremennosti atropinom.)** *Russ. Wratsch. No. 38. 1906.*

Ch. berichtet über drei Fälle von starkem Speichelfluss mit Abmagerung und anderen Beschwerden, wo Atropin gute Dienste that. P. HELLAT.

47) **Bleyer** (Prag). **Ein hinsichtlich seiner Aetiologie eigenartiger Fall von Bleivergiftung.** *Prager med. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Die Patientin war in einer Fabrik als Verkäuferin angestellt und seit einem Jahre damit beschäftigt, Bleifiguren einzupacken, die mit Lack bestrichen waren. — Es bestanden allerdings nur leichte Symptome, besonders heftig war die Gingivitis. CHIARI.

48) **L. Teleky. Chronische Bleivergiftung.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 12. October 1906.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1906.*

Die typischen Erscheinungen des chronischen Saturnismus — also auch die Gingivitis und Stomatitis — finden sich nicht selten bei Fransenknüpferinnen.

In der Discussion spricht Jappert-Wien über die Ursache dieser Erkrankung, die daher rührt, dass die schwarze Seide, aus der die Fransen geknüpft werden, mit Bleizucker beschwert ist. — Eine ministerielle Verordnung vom heurigen Jahre verbietet nun die Anwendung schädlicher Substanzen. CHIARI.

49) **Montfort** und **Fortineau. Stomatitis im Verlauf der Grippe. (Stomatite au cours de la grippe; bactériologie.)** *Gaz. méd. de Nantes. September 1906.*

Bei einem jungen Menschen sah man im Verlauf einer Grippe eine akute

Stomatitis auftreten mit Bildung von Phlyctänen am Gaumen. Diese enthielten, wie die bakteriologische Untersuchung ergab, die Pfeiffer'schen Bacillen.

A. CARTAZ.

50) **Jacopo Tommasi. Chronischer Pemphigus der Mundhöhle. (Pemfigo cronico volgare della cavità orale della faringe.)** *Atti di Società Medica Lucchese. 5. April 1906.*

Die Erscheinungen in Mund- und Rachenhöhle bestanden in weisslichen und grau-weissen Membranbildungen, die grosse Aehnlichkeit mit Diphtherie hatten. Sie erschienen an manchen Stellen wie macerirt, an anderen gefaltet und gerollt und liessen darunter eine leicht ulcerirte und teilweise blutende Oberfläche sehen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab Schwellung der Epiglottis und Anwesenheit von Membranen, die den oben beschriebenen gleich waren.

FINDER.

51) **Pullasse. Mal perforant der Mundhöhle. (Mal perforant buccal.)** *Lyon Médical. No. 40. October 1906.*

Beobachtung eines syphilitischen und tabischen Patienten, der gleichzeitig Aorteninsufficienz, Arthropathien, rechtsseitige Pleuritis, Ausfall der oberen Zähne, Substanzverluste am oberen Alveolarrand aufwies.

BRINDEL.

52) **W. H. Kelson** (London). **Einige Halsaffectionen. (Some throat affections.)** *Lancet. II. 24. 1906.*

Verf. bespricht die Mykose, Angina Vincenti, Streptokokken-Pharyngitis und chronische Pharyngitis.

JAMES DONELAN.

53) **P. Hellat. Eigenthümliche Erkrankung der Schleimhaut des Rachens und Nasenrachens mit Hämorrhagien. (Swoebrasnoje sabolewranie slinitoi sewa i nosoglodki s krowotscheniem.)** *Jeshemesjatschnik uschn. gorl. i nosow. bolesnei. p. 119. 1906.*

Es handelte sich um punktförmige und linsengrosse Petechien und Blutunterlaufungen auf der Schleimhaut des Rachens, besonders auf der III. Tonsille und auch in der Nase. Es erfolgten fast täglich freie Blutungen. Durch Chromsäure-Aetzungen liessen sie sich erfolgreich bekämpfen. Da auch in der Haut breite, bis handtellergrosse Sugillationen, welche Monate lang hier verschwindend, dort wieder auftretend die 17jährige Patientin beunruhigen, so neigt H. zu der Anschauung, dass es sich um Morbus maculosus Werlhofii handelt.

AUTOREFERAT.

54) **Chorazycki. Ein Fall von Lues pharyngis. (Przypadek przynnotn gardzieli.)** *Medycyna. No. 33. 1906.*

In der Warschauer Laryngologischen Gesellschaft wurde vom Verf. ein diesbezüglicher Kranker vorgestellt, der auf der hinteren Wand des Rachens mit einem thalergrossen Geschwür behaftet war, das in Folge seiner Grösse und Schmerzhaftigkeit den Verdacht eines tuberculösen Geschwürs erweckte. In der Discussion wurde von den Anwesenden (Srebrny, Dobrowolski u. a.) dieser Fall als luetischen Ursprungs betrachtet.

A. SOKOLOWSKI.

55) **J. L. Goodale. Allgemeininfection durch die Tonsillen. (Systemic infection through the tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1906.*

Die Tonsillen sind häufig die Eintrittspforte für Infection mit acutem Gelenkrheumatismus, obwohl sie dabei von normaler Grösse sein können und klinisch keinerlei pathologische Erscheinungen darzubieten brauchen; Verf. hat aber auch in diesen Fällen beim Einschnitt stets Retention in den Krypten gefunden. Es ist also nicht nöthig, dass durch den Mikroorganismus, dessen Eintrittspforte die Tonsillen bilden, hier eine locale Reaction hervorgerufen wird. Functionirt die Drainage aus den Krypten mangelhaft, so hat wahrscheinlich ein in diesen anwesender Mikroorganismus bessere Gelegenheit, mit dem Lacunarepithel in Contact zu bleiben; er vermehrt sich möglicherweise in dem Detritus und dringt gelegentlich in das Tonsillengewebe ein.

EMIL MAYER.

56) **Charles M. Robertson. Das Eindringen der Tuberculose in den Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Gaumenmandel. (The entrance of tuberculosis into the general system with special reference to the faucial tonsil.)** *Journal American Medical Association. 24. November 1906.*

Verf. berichtet über einige in den letzten Jahren gemachte Beobachtungen. Was den Ausgangspunkt der Infection betrifft, so müsste man, falls die Oberflächenschleimhaut diesen vorstellt, tuberculöse Veränderungen an ihr finden, was in den Fällen des Verfassers niemals der Fall war. Stets fanden sich diese Veränderungen in den Krypten, und zwar am häufigsten in den Krypten, die in die Fossa supratonsillaris münden. Derjenige Theil der Krypten, der afficirt ist, ist im Allgemeinen der tiefer gelegene, wo sich zahlreiche Riesenzellen in dem tuberculösen Gewebe finden. Einige Riesenzellen wurden auch am Anfangstheil der Krypten constatirt, sie waren hier jedoch erheblich weniger häufig. Die Riesenzellen fanden sich soweit, bis die Trabekel beginnen; diese scheinen die Grenze für die tuberculösen Veränderungen zu bilden. Wenn die Tonsille erkrankt ist, so muss sie völlig enucleirt werden und die Lappen in ihrer Umgebung müssen zerstört werden.

LEFFERTS.

57) **B. R. Rachford. Septische Endocarditis und Tonsillitis. (Septic endocarditis and tonsillitis.)** *Archives of Pediatrics. October 1906.*

Ein 14jähriger Knabe hatte Scharlachfieber mit Angina und Cervicaladenitis. Eine Woche später trat Endocarditis ein; es blieb ein systolisches Geräusch über der Mitralis bestehen. Nach weiteren 5 Tagen entstand eine schwere ulceröse Tonsillitis mit nachfolgender septischer Endocarditis und Symptomen allgemeiner Pyämie. 137 Tage nach Beginn des Scharlachs trat Exitus ein.

In zwei anderen Fällen des Verfassers erfolgte ebenfalls einige Monate nach schwerer ulceröser Tonsillitis maligne Endocarditis und Tod.

EMIL MAYER.

58) **Chas. S. Kieffer. Die Beziehung zwischen Tonsillitis und acutem Gelenkrheumatismus mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe des postangiösen Rheumatismus. (The relation between tonsillitis and acute articular rheumatism with particular reference to the prophylaxis of post-anginal rheumatism.)** *American Medicine. September 1906.*

Man muss genau unterscheiden zwischen den Fällen, in denen die Tonsillen

die Eingangspforte für die Infection darstellen und wo nach einem Incubationsstadium der Rheumatismus sich entwickelt, und den Fällen, in denen, wie es gelegentlich beobachtet wird, die Tonsillenerkrankung eine Complication des floriden Gelenkrheumatismus bildet.

In 276 Fällen von Rheumatismus liess sich bei 21,3 pCt. das Vorausgehen einer Tonsillitis constatiren.' Die Incubationsperiode betrug durchschnittlich 29,77 Tage.

Die Behandlung bestand in reichlicher Anwendung einer gesättigten Natriumbicarbonat-Lösung und nachfolgender lokaler Application von trockenem Aspirin. Die unmittelbaren Resultate waren sehr befriedigend: Rötung und Schwellung verschwanden rapide und innerhalb 20 Stunden fühlte sich Patient wohl. In zwei Serien wurden 60 Patienten nach dieser Methode und ebensoviel mit Tinct. Guajaci, Tinct. ferri, Wasserstoffsuperoxyd etc. behandelt. In den letzteren Fällen betrug die Durchschnittsdauer der Erkrankung 6 Tage; viele von ihnen hatten Schwellungen aussen am Hals und schwere Allgemeinstörungen. Oberflächliche und tiefe Geschwüre auf den Tonsillen waren häufig, bei 9 (15 pCt.) entwickelte sich Gelenkrheumatismus. In der Serie von Fällen, die mit Aspirin behandelt wurden, betrug die durchschnittliche Erkrankungsdauer 3 Tage; die Ausdehnung der Affection war weit geringer, es wurden keine ernstlichen Allgemeinerscheinungen beobachtet und es traten keine Geschwüre auf den Tonsillen auf. Auch entwickelte sich in keinem dieser Fälle Gelenkrheumatismus.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

59) **Neschtschadimenko. Zur Frage der Epidemiologie und Prophylaxis bei Diphtherie. (K woprosu ob epidemiologii i profilaktike difteri.)** *R. Wratsch. No. 37. 1906.*

N. untersuchte den Rachenschleim von 395 Schülern, unter denen 11 Diphtheriefälle beobachtet worden waren. Unter den 395 wurden bei 26 Diphtheriebacillen gefunden. Von den 26 erkrankten nach 2 Tagen 2 an Diphtherie. — Ausserdem wurden ähnliche Untersuchungen in der Paltowo'schen Cadettenschule vorgenommen. Es wurden bei Einzelnen nach 22 Tagen noch Bacterien gefunden.

P. HELLAT.

60) **Walter S. Cornell. Die gegenwärtige Diphtheriebehandlung. Ein Bericht über 600 Fälle. (The present treatment of diphtheria. A report of six hundred cases.)** *N. Y. Medical Journal. 27. October 1906.*

Eine sorgfältige Studie mit Wiedergabe eigener Erfahrungen und treffenden kritischen Bemerkungen.

LEFFERTS.

61) **W. H. Park** und **Benford Thorne. Die Resultate der Anwendung von verbessertem Antitoxin „Gibsons Globulin-Präparat" bei der Behandlung der Diphtherie. (The results of the use of refined diphtheria antitoxin „Gibsons globulin preparation" in the treatment of diphtheria.)** *American Journal of Medical Sciences. November 1906.*

An der Hand von Tabellen wird die Wirkung der Serumbehandlung in 100

Fällen demonstrirt. Die Resultate lassen den Schluss zu, dass durch Gibson's Methode der Ausschaltung des nicht antitoxischen Globulins und des Albumins soviel deletäre Stoffe aus dem Antitoxin entfernt sind, dass bei Anwendung dieses Präparats Ausschlag, Gelenkcomplicationen, Fieber und andere Allgemeinerscheinungen zu den grössten Seltenheiten gehören. Ob bei Gebrauch des Globulinpräparats man sehr viel weniger Gefahr läuft, in seltenen Fällen Collaps zu sehen, wie es bei Kindern mit Status lymphaticus vorkommt, bleibt noch abzuwarten. Jedenfalls ist es bisher in einigen tausend Fällen ohne Schaden gebraucht worden. Das Präparat darf nicht bei hoher Temperatur aufbewahrt werden; mit Carbol und Trikresol giebt es Niederschläge. Es behält seine Wirkung so lange, wie das Serum.

EMIL MAYER.

62) **Theodoroff** (Bulgarien). **Ueber Serum-Exantheme. (Des exanthèmes postserothérapeutiques.)** *Dissert. Lausanne 1905.*

Seit der Anwendung des Heilserums sind die Hautausschläge bei Diphtheritis häufiger geworden, und zwar betreffen sie gerne diejenigen Fälle, bei welchen nicht alle aseptischen Vorsichtsmaassregeln verwendet werden. Die Mittelzahl ist 14 pCt. In der Häufigkeit des Vorkommens folgen sich Urticaria, Erythema simplex, multiforme, scarlatiniforme, morbilliforme, Purpura und Impetigo. Alter und Geschlecht haben keine Prädilection dafür. Die Causalität ist noch dunkel, wahrscheinlich mikrobisch oder toxisch. Diese Hautausbrüche sind bei ihrer Unschädlichkeit absolut kein Grund gegen die Anwendung des Serums.

JONQUIÈRE.

63) **John Howland. Die Dosirung des Diphtherieantitoxin. (The dosage of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 27. October 1906.*

Im Allgemeinen sind Nebenerscheinungen nach Seruminjection so unbedeutend, dass man sie nicht zu beachten braucht. Warum Kinder mit hypertrophischer Thymus manchmal nach einer so leichten Verletzung, wie es ein Nadelstich ist, plötzlich sterben, ist noch unaufgeklärt. Das eine ist jedenfalls sicher: unerwartete Nebenerscheinungen giebt es ebenso leicht nach kleinen, wie nach grossen Serumdosen. Schwere Fälle erfordern grössere Dosen; jedenfalls ist eine gesteigerte Dosis sowohl in leichten, wie in schweren Fällen dann nöthig, wenn die Infection eine längere Zeit bereits besteht. Am 2. Krankheitstage soll die Dosis zweimal so gross sein, als am ersten und am 3. Tage dreimal so gross. Es ist vom theoretischen wie praktischen Standpunkt aus besser, als einmalige Anfangsdose die für die Heilung nöthige Dosis zu geben, als kleine Dosen in Intervallen. Um ein 2 jähriges Kind zu immunisiren, verwende man 500 I.-E. und für ein Kind über 2 Jahren und Erwachsene 1000 I.-E. Die Bekämpfung einer leichten frischen Diphtherie bei einem Kind unter 2 Jahren erfordert 2500—4000 I.-E., bei einem älteren Kind 5000—6000 I.-E. Bei einem kleinen Kind mit einer frischen schweren Erkrankung gebe man 5000—6000, bei älteren Kindern und Erwachsenen 10000 bis 15000 I.-E. Fälle, die später in Behandlung kommen, erfordern entsprechend höhere Dosen. Bei Fällen mit primärer Erkrankung des Larynx sind 7000 bis 10000 I.-E. für kleine Kinder und 15000—25000 I.-E. für ältere Kinder und Er-

wachsene erforderlich. Bei Pneumonie sind sehr grosse Dosen (25000—50000 I.-E.) zu geben.

LEFFERTS.

64) **L. Grünwald** (Bad Reichenhall und München). **Zur Entstehung und Verhütung chronischer Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1906.*

Grünwald berichtet über einen Fall von chronischer Diphtherie, bei dem in Folge falscher Diagnosestellung die unzweckmässige Therapie (Hg-Cur, locale Aetzungen und reizende Pinselungen) den localen Entzündungsprocess conservirte. Eine zweckentsprechende Behandlung unter Fernhaltung aller Reize führte langsam zur Heilung. Der in extenso beigefügten Krankengeschichte schliesst Grünwald epikritische und ätiologische Betrachtungen über die Ursache dieser Chronicität an, bezüglich deren auf das Original verwiesen sei. „Die Gründe, die aus der blossen Tendenz endlich eine wirkliche Verschleppung werden lassen, sind: 1. Die Unterlassung wirksamer Causaltherapie (Serum) im Anfange der Erkrankung und 2. die Anwendung localer oder gar allgemeiner Mittel (Hg), welche einen Reizungszustand zu unterhalten oder die geringe Heilungstendenz zu lähmen im Stande sind. Daraus ergiebt sich ohne Weiteres, was wir zur Verhütung, event. Behebung der Verschleppung thun können."

HECHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **Otto Mayer** (Graz). **Ein seltener Fall von Scleroma laryngis.** *Mit 1. Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1906.*

34 jährige Patientin; „am oberen Drittel des linken Taschenbandes sitzt eine bohnengrosse, leichthöckerige Geschwulst von rother Farbe auf, die bei Phonation die Medianlinie etwas überschreitet und dabei die Oberfläche der Stimmbänder eben berührt, ohne die Schlussfähigkeit derselben zu stören. Sonst ist der Larynx vollkommen normal". Atrophische Rhinitis mit dünnem eitrigen Sekret. Die histologische Untersuchung des exstirpirten Larynx-Tumors ergab Sklerom. Differentialdiagnostische und epikritische Erörterungen.

HECHT.

66) **W. H. Troine. Prophylactische Tracheotomie wegen Larynxödem. (Prophylactic tracheotomy for oedema of the glottis.)** *Maritime Medical News. März 1906.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER

67) **F. C. Ard. Zwei Fälle von Larynxödem. (Two cases of oedema of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 28. Juli 1906.*

Der eine Patient hatte eine Tonsillitis gehabt und wurde zwei Wochen darauf wegen Dyspnoe in das Krankenhaus aufgenommen. Es wurde die Tracheotomie gemacht, eine breite Canüle eingelegt. Gleichzeitig wurde aussen am Hals ein Abscess geöffnet, wobei sich reichliche Mengen Eiters entleerten. Pat. wurde schnell wieder hergestellt.

Im zweiten Fall fand man bei dem Patienten, der über Ohrenschmerzen klagte, bei dem das Ohr aber völlig gesund gefunden wurde, einen Abscess unterhalb der Zunge; als man sich anschickte, diesen in Aethernarkose zu eröffnen,

trat Larynxödem ein und es musste schleunigst die Tracheotomie gemacht werden. Da ein Herzfehler bestand, wurde von weiteren operativen Maassnahmen zunächst abgesehen. Am folgenden Tag erfolgte Durchbruch des Abscesses in den Pharynx. Pat. genas. In seinen weiteren Ausführungen bekennt sich Verf. zu der Ansicht Semon's, dass die verschiedenen Formen septischer Entzündung des Halses pathologisch mit einander identisch seien und nur verschiedene Virulenzgrade desselben Processes vorstellen.

LEFFERTS.

68) **Dobrowolski. Ein Fall von Laryngitis subglottica.** *Medycyna. No. 33. 1906.*

Verf. stellte in der Sitzung der Warschauer laryngologischen Gesellschaft einen Knaben vor, der mit einer typischen Laryngitis subglottica chronica afficirt war. Ein derartiges Leiden kommt in diesem Jahresalter selten vor. Man hat bei diesem Knaben eine Laryngofissur vorgenommen und die dicken subglottischen Wülste ausgeschnitten. Die tracheotomische Canüle wurde am dritten Tage entfernt. Der Kranke athmet frei, die Stimme ist jedoch schwach.

A. SOKOLOWSKI.

69) **C. E. Cooper. Kehlkopfsyphilis. (Laryngeal syphilis.)** *Colorado Medical Journal. September 1906.*

Ein Fall von Stenose in Folge tertiärer Lues. Es wurde die Tracheotomie gemacht.

EMIL MAYER.

70) **Champon. Ein Fall von tertiärer Syphilis des Kehlkopfs. (Un cas de syphilis tertiaire du larynx.)** *La Belgique Méd. No. 9. 1906.*

In der Sitzung vom 6. Februar 1906 der Genter medicinischen Gesellschaft macht Ch. eine Mittheilung über einen 38 jährigen Kranken, welcher vor einigen Monaten im Spitale gestorben war; er trat ein mit bedeutenden Respirationsbeschwerden, Fieber (39,5) und blutigem Auswurf. Oedem des Kehlkopfs und starke Behinderung der Beweglichkeit der Stimmbänder; keine Ulcerationen zu sehen; Pneumonie des rechten unteren Lungenlappens.

Die Autopsie ergiebt ausgedehnte Geschwüre im Larynx auf der vorderen Fläche des Aryknorpeis von 5 Francstückgrösse — herrührend von einer seit zehn Jahren bestehenden Syphilis.

BAYER.

71) **Brunard. Obliterirende Laryngitis cricoidea. (Laryngite cricodienne oblitérante.)** *La Clinique. No. 25. 1906.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler am 9. Juni 1906 zeigt B. den Larynx eines 11 jähr. Kindes vor, welches anno 1901 21 Tage lang intubirt und daraufhin tracheotomirt war; die Intubationen haben eine ulceröse subglottische Laryngitis veranlasst, welche eine Obliteration des Larynx in der Höhe des Cricoidknorpels zur Folge hatte. Im Februar d. J. nahm der Autor eine Laryngotomia interna vor behufs Einführung einer Camincanüle, um die Respiration auf natürlichem Wege wieder herzustellen. Das Kind starb im Verlaufe der Behandlung am 20. Mai in Folge einer plötzlichen Verstopfung der Trachealcanüle.

Das Lumen des Kehlkopfs zeigt sich vollständig im Bereiche des Ring-

knorpels durch fibröses Bindegewebe obturirt. Die vorgenommene interne Laryngotomie hatte nur die vordere Partie des fibrösen Gewebes auf einer Länge von 4 mm eingeschnitten, war also absolut ungenügend. — Der Autor geht sodann auf die Besprechung der verschiedenen Operationsweisen über.

BAYER.

72) **H. Halasz. Durch Schuss verursachte Kehlkopfverletzung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVI. S. 318.*

Der Schuss, der an der Seite des Schildknorpels eindrang, scheint nicht in das Innere des Kehlkopfs vorgedrungen zu sein. Die Erscheinungen gingen spontan zurück. Die Kugel wurde nicht gefunden; ob sie abgeglitten oder zwischen den tiefen Halsmuskeln reactionslos eingeheilt ist, bleibt unentschieden.

F. KLEMPERER.

73) **Baclandowsky. Beitrag zum Studium der Infectionswege bei Kehlkopftuberculose. (Contribution à l'étude du mode l'infection du larynx dans la tuberculose des larynx.)** *Dissert. Lausanne 1905.*

Die früher für sehr selten gehaltene oder ganz verneinte primäre Kehlkopftuberkulose ist jetzt eine klinisch und anatomisch erwiesene nicht seltene (pCt.?) Thatsache.

Die primäre Kehlkopftuberkulose kommt zu Stande entweder durch Aspiration aus der Luft und inficirte Nahrungsmittel oder von Excoriationen, Ausschlägen am Kopf oder Nacken aus durch Vermittlung der absteigenden Lymphgefässe.

Die secundäre Kehlkopftuberculose entsteht mittelst aufsteigender Bahnen, entweder durch die Sputa oder auf den Lymphbahnen von der Lunge her.

Die Erweichung der Epithelien in Folge von chron. Katarrh oder Entzündung, Excoriation, Ulceration, Verletzung der Epithelschicht durch Hustenstösse u. s. w. befördert das Eindringen der Bacillen in die Schleimhaut; diese Bacillen können aber auch durch erhaltenes Epithel eindringen oder in die Ausführungsgänge der Drüsen. Die Infectionsstelle des Larynx scheint nicht der Seite der Lungenerkrankung entsprechen zu müssen. Doch ist es möglich, dass bei recht früher (!) klinischer Untersuchung des Kehlkopfs Lungenkranker sich mehr Uebereinstimmung der Erkrankungsseiten zwischen beiden Organen ergeben würde. Die linke Seite des Kehlkopfs scheint etwas häufiger befallen zu werden.

Ueber den 411 beobachteten Fällen der Lausanner laryngo-otologischen Klinik war die Erkrankung in 1,46 pCt. nur an der Epiglottis; in 11,43 pCt. nur an der Hinterwand.

Verf. nimmt hypothetisch an, dass die Bacillen von den Lungen aus durch die Lymphwege in die Cervicalganglien und von da entgegen dem Lymphstrom zu dem Kehlkopf gelangen, dass sie aber auch vom Kehlkopf, so gut wie von den Tonsillen aus umgekehrt in die Cervicalganglien wandern und von da die Lungen inficiren können. Eigene pathologisch-anatomische Untersuchungen fehlen der Arbeit.

JONQUIÈRE.

74) **F. M. Pottenger. Behandlung der tuberculösen Laryngitis mit Culturproducten. (Treatment of tuberculous laryngitis with culture products.)** *American Journal of Medical Sciences. December 1906.*

P. hält die Kehlkopftuberculose für ganz besonders geeignet zur Behandlung mit Tuberculin, da die Dosirung durch die locale Reaction genau controlirt werden kann. Der Kehlkopf soll täglich nachgesehen werden und man soll mit der Dosis nicht höher gehen, als nöthig ist, um eine leichte Reaction hervorzubringen, noch soll eine zweite Injection gemacht werden, bevor die durch die erste hervorgerufene Reaction ganz verschwunden ist. Wenn man es so anwendet, kann man mit Tuberculin viele Fälle von Kehlkopftuberculose zur Heilung bringen.

EMIL MAYER.

75) **Escat. Indicationen und Werth der Galvanokaustik bei den verschiedenen Formen der tuberculösen Laryngitis. (Indication et valeur de la galvanocaustic dans les diverses formes de tuberculose laryngée.)** *Arch. Intern. de Laryngologie etc. September-October 1906.*

Aus den Beobachtungen des Verf.'s ergiebt sich, dass die Anwendung der Galvanocaustik bei Larynxtuberculose um so mehr Erfolg hat, je torpider und localisirter die Affection ist, dass sie dagegen bei erethischen und generalisirten Processen unnütz, ja sogar schädlich ist.

BRINDEL.

76) **Harold Barwell. Chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Surgical treatment of tubercular laryngitis.)** *Proc. Chelsea Clinical Society. 1906. British Medical Journal. 3. März 1906.*

Verf. ist ein Befürworter der Anwendung der schneidenden Zange, die in allen Fällen von Dysphagie infolge tuberculöser Erkrankung der Epiglottis und der Aryknorpelgegend erhebliche Erleichterung im Gefolge hat.

E. B. WAGGETT.

77) **De Stella. Ein Fall von Anwendung der Tracheobronchoskopie zur Aufsuchung und Extraction eines in der Glottis sitzenden Fremdkörpers. (Un cas d'application de la trachéobronchoscopie à la recherche et à l'extraction d'un corps étranger, logé dans la glotte.)** *La Belgique Méd. No. 38. 1906.*

In der Sitzung der Genter medicinischen Gesellschaft vom 4. September 1906 demonstrirte De St. ein Metallstück, das er vermittelst der Tracheobronchoskopie extrahirt hatte.

BAYER.

78) **Emil Mayer. Fremdkörper in den Bronchien. (Foreign bodies in the bronchi.)** *Journal of the American Medical Association. 10. November 1906. N. Y. Medical Record. 17. November 1906.*

Bericht über 5 Fälle, von denen einer, ein 5 jähriges Kind betreffend, tödtlich endete. Für die Diagnose empfiehlt Verf. neben der Berücksichtigung der Symptome (Auscultation und Percussion) die Anwendung der Röntgenstrahlen. Was die Behandlung anbelangt, so räth er zu frühzeitiger Operation, ausser wenn für den Aufschub gewichtige Gründe vorhanden sind. Bei sehr kleinen Kindern zieht er die Tracheotomie der directen Bronchoskopie vor, da die Operation so schneller geht und ein grösserer Tubus eingeführt werden kann.

LEFFERTS.

79) **Charles A. Elsberg. Bronchoskopie und Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus. (Bronchoscopy and removal of a foreign body from the right bronchus.)** *N. Y. Medical Record. 20. October 1906.*

Ein Kind hatte 30 Stunden vor der Aufnahme ins Hospital eine Nadel aspirirt. Bei der Auscultation hörte man einige Geräusche über dem rechten Unterlappen. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen zeigte die Nadel mit dem Kopf nach unten im V. Intercostalraum, etwas rechts von der Mittellinie. Drei Tage darauf führte Dr. Emil Mayer das Bronchoskop ein, ohne den Fremdkörper zu entdecken. E. führte dann die Tracheotomia inferior aus und führte ein mässig starkes endoskopisches Rohr durch die Tracheotomieöffnung und in den rechten Bronchus. In diesem erblickte man die Nadel. Bei dem Extractionsversuch bohrte sich die Nadel in die Bronchialwand ein, sie konnte nur so frei gemacht werden, dass sie mit einer Zange festgehalten und dann der Tubus nach unten gestossen wurde. Erst als die Nadel so gebogen worden war, dass Spitze und Kopf nach unten gerichtet waren, gelang die Extraction.

LEFFERTS.

80) **Charles A. Elsberg. Ein Fall von Putenknochen im rechten Bronchus. (A case of turkey bone in the right bronchus.)** *N. Y. Medical Record. 20. October 1906.*

Es bestand seit Wochen Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf. Man konnte nach dem Ergebniss der Auscultation sicher die Diagnose auf einen Fremdkörper stellen. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab ein negatives Ergebniss. Unter Chloroformnarkose wurde die Tracheotomia inferior gemacht; man fand den Fremdkörper im mittelsten der drei Aeste des rechten Hauptbronchus. Er konnte leicht mit der Zange gefasst und extrahirt werden.

LEFFERTS.

81) **H. v. Schrötter. Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Bronchus.** (Gesellschaft f. innere Medicin und Kinderheilkde. in Wien, Sitzung vom 25. October 1906.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Knochenstück aus einem Bronchus eines 10monatlichen Kindes mittelst directer Bronchoskopie (3,5 mm dicke Röhre) nach Cocainisirung des Larynx entfernt. Das Kind hatte nur vorübergehend Temperaturerhöhung. Die Reflexerregbarkeit der Trachea und der Bronchien ist bei Säuglingen gering.

CHIARI.

82) **Kahler. Endoskopische Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Bronchus.** (Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 7. December 1906.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 50. 1906.*

4jähriger Knabe hatte eine Bohne aspirirt. Die Versuche der directen Bronchoskopie — auch in Narkose — misslangen, da bei der Einführung der Röhre sich die Stimmbänder krampfhaft schlossen. Da starke Cyanose: Tracheotomia inferior, Bronchoskopie von der Trachealöffnung aus, Einstellung des Fremdkörpers im Anfange des rechten Bronchus und Entfernung der Bohne mit der Pincette. In tiefer Narkose, die aber in diesem Falle wegen der schlechten Herzthätigkeit contraindicirt war, wäre die obere directe Bronchoskopie wahrscheinlich möglich gewesen.

CHIARI.

f. Schilddrüse.

83) **Allen T. Smith. Die Thyreoid- und Parathyroiddrüsen; ihre Beziehungen, Histologie, Physiologie und Chemie. (The thyroids and parathyroids; their relation, histology, physiology and chemistry.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1906.*

Parathyreoidea und Thyroidea sind structurell völlig verschieden und können in keiner Beziehung für einander eintreten. Dass in ihrer Function gewisse Beziehungen vorhanden sind, ist wahrscheinlich. Verf. glaubt, dass ausser der für wahrscheinlich gehaltenen functionellen Beziehung zwischen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen noch ein enger Zusammenhang zwischen Schilddrüse und Hypophyse besteht.

LEFFERTS.

84) **S. W. Lando. Structur und Functionen der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Structure and functions of the thyroid and parathyroid glands.)** *St. Paul Medical Journal. November 1906.*

Bei der Besprechung der Functionen schreibt Verf. den Nebenschilddrüsen eine wichtigere Rolle zu als der Schilddrüse; wenn jene mangelhaft functioniren, so resultiren daraus Erscheinungen an Tetanie.

EMIL MAYER.

85) **James T. Walsh. Die Nebendrüsen in Physiologie und Therapie. (Parathyroids in physiology und therapeutics.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1906.*

Gley und Munk haben darauf aufmerksam gemacht, dass, wenn man die Schilddrüse entfernt und die Nebenschilddrüsen stehen lässt, nicht die Symptome auftreten, die gewöhnlich die Folge sind. Später fand Mac Callum, dass, wenn man Hunden die Nebenschilddrüsen entfernte, eine Reihe von Symptomen auftrat, die sehr denen glichen, wie man sie bei schwerem Morbus Basedow trifft. Auf diese Beobachtung stützend haben W. und andere Nebenschilddrüsensubstanz bei der Behandlung des Morbus Basedow angewandt. In einigen Fällen schien diese Behandlung von Nutzen zu sein, in anderen nicht; dasselbe war der Fall bei der als Parkinson'sche Krankheit bekannten dunklen Affection. Für die misslungenen Fälle macht Verf. die Schwierigkeit, reine Nebenschilddrüsen zu erlangen, verantwortlich.

LEFFERTS.

86) **John E. Weekes. Die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Auge. (The relation between the thyroid and the eye.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1906.*

Erkrankungen der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen sind bisher nicht von einander zu trennen; betrachtet man die Augensymptome bei Schilddrüsenerkrankung, so muss auch die Erkrankung der Nebenschilddrüsen mit in Erwägung gezogen werden. Verf. bespricht die Erscheinungen am Auge, die auf Druck seitens einer hypertrophirten Schilddrüse zurückzuführen sind, die sehr seltenen Augenmetastasen bösartiger Schilddrüsentumoren, die Augenerscheinungen bei Fehlen der Schilddrüse, Morbus Basedow etc.

LEFFERTS.

87) **Robert G. Le Conte. Chirurgie der Schilddrüse. (Surgery of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1906.*

Verf. bespricht die Mortalität, die Indicationen für Operationen, die Technik der Operation, einschliesslich Anästhesie, Lage, Schnittführung. Verf. betont, dass bei bösartigen Erkrankungen oft zu ausgedehnte Operationen unternommen werden, wo palliative chirurgische Maassnahmen geeignet sein würden, das Leben des Patienten zu verlängern und sein Befinden zu bessern; andererseits werden bei gutartigen Schilddrüsentumoren zu häufig Palliativmaassnahmen angewandt, wo eine radicale chirurgische Operation unternommen werden sollte.

LEFFERTS.

88) **Tokarski** (Przemysl). **Kropftod ohne Prodomalsymptome.** *Wiener medic. Wochenschr. No. 43. 1906.*

Struma äusserlich sehr klein, Trachea theilweise erweicht. Der Soldat versah stets ohne Anstrengung seinen Dienst als Kanonier.

CHIARI.

g. Oesophagus.

89) **Patron. Angeborene Missbildung des Oesophagus. Atresie des Oesophagus und Communication zwischen Oesophagus und Trachea. (Malformation congénitale de l'oesophage. Imperforation oesophagienne et communication oesophago-trachéale.)** *Société d'anatomie pathologique de Nantes. Gazette médicale des Nantes. No. 29. 1906.*

Das obere Ende des Oesophagus bildete einen Blindsack, 3 cm unterhalb des Pharynx. Das untere Ende communicirte mit weitem Lumen mit dem unteren Theil der Trachea. Das Kind starb 3 Tage nach der Geburt.

BRINDEL.

90) **G. Holzknecht** (Wien). **Eine Modification der radioskopischen Untersuchung des Oesophagus.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkde., Sitzung vom 7. Juni 1906.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1906.*

H. empfiehlt einen zähen mit Wismuth gemischten Brei, welcher schwer zu schlucken ist, an den Wänden der Speiseröhre adhärirt und auf diese Art ein grösseres Stück derselben am Röntgenschirm markirt.

HANSZEL-CHIARI.

91) **Harris Taylor Mosher. Untersuchung und Chirurgie des oberen Endes der Speiseröhre. (Examination and surgery of the upper end of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1906. Journal of the American Association. 24. November 1906.*

Verf. bespricht einige Punkte der angewandten Anatomie des Oesophagus und beschreibt ein Speculum, sowie einen Satz Instrumente zur Untersuchung des oberen Endes der Speiseröhre und des Larynx und zur chirurgischen Behandlung dieser Theile.

LEFFERTS.

92) **J. H. Potter. Ruptur des Oesophagus in die Pleurahöhle. (Rupture of the oesophagus into the pleural cavity.)** *American Medicine. September 1906.*

Ein 44jähriger Mann erkrankte nach sehr reichlichem Genuss von Schnaps,

Bier und Speisen plötzlich mit heftigem Schmerz in der Herzgegend mit collapsähnlichem Zustand. Als er in das Hospital aufgenommen war, kam ein Hautemphysem über den ganzen Stamm hinzu und 8 Stunden später starb der Patient. Man fand $7^1/_2$ cm oberhalb des Diaphragmas im Oesophagus eine ovale Rupturstelle; ausserdem waren in der Speiseröhre einige kleine Ulcera vorhanden. Es bestand keine Strictur, noch Divertikel. Verf. erklärt sich das Zustandekommen so, dass infolge des reichlichen Genusses von kaltem Bier eine spastische Contractur mit nachfolgender Zerreissung an der Stelle eines Geschwürs vorgelegen habe.

EMIL MAYER.

93) **De Stella. Directe Oesophagoskopie mit den Killian'schen Röhren. (Oesophagoscopie directe par les tubes de Killian.)** *La Belgique Méd. No. 13 u. 26. 1906.*

In den Sitzungen der Genter medicinischen Gesellschaft vom 6. März und 5. Juni 1906 macht D. interessante Demonstrationen der directen Oesophagoskopie mit den Killian'schen Röhren.

BAYER.

94) **Zeman** (Jungbunzlau). **Die laterale Oesophagotomie bei Fremdkörpern des Oesophagus.** *Wiener klin. Rundschau. No. 20 und 21. 1906.*

Von mehr chirurgischem Interesse. Beschreibung der Operationstechnik bei einigen Fällen.

CHIARI.

95) **Frank Luis Stillman. Entfernung einer geöffneten Sicherheitsnadel aus dem Oesophagus. (Removal of an open safety pin from the oesophagus.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Verf. führte ein 40 cm langes Oesophagoskop ein; als er 25 cm von den Schneidezähnen entfernt war, kam der Fremdkörper zu Gesicht, der mit einer Zange extrahirt wurde.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XV. Versammlung am 12. und 13. Mai 1906 in Amsterdam.

(Der ausführliche Sitzungsbericht erscheint in der Monatsschrift für Ohrenheilk.)

Vorsitzender: H. Zwaardemaker.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren Zwaardemaker, Vorsitzender, Moll, Schatzmeister, Burger, Secretär u. Bibliothekar (Nondelstraat 1, Amsterdam).

I. G. H. Mulder: Untersuchung über das Vorkommen des Stotterns bei den Schulkindern in Niederland (Rapport).

Bereits referirt.

W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Die Behandlung des Stotterns.

Nach einem historischen Ueberblick über die verschiedenen gegen das Stotterübel in Anwendung gekommenen Behandlungsmethoden bespricht M. die heutigen Methoden von 1. Gutzmann, 2. Liebmann, 3. Chervin und 4. die combinirte Flüster- und Respirationsmethode. Was die praktische Bekämpfung des Stotterübels in den Niederlanden anbelangt, so meint M., für die Stammler genüge Extra-Sprechunterricht ausserhalb der Schulstunden; die Stotterer sollen in specielle Stotteranstalten aufgenommen werden.

II. K. Heilbronner (Utrecht): Neurologische Bemerkungen zur Stotterfrage.

H. frägt, ob die den statistischen Untersuchungen zu Grunde liegende Annahme des Stotterns als ein einheitliches Krankheitsbild richtig und nützlich sei. Unter den erworbenen Stotterzuständen, die dem Neurologen vorkommen, sind entschieden verschiedene Gruppen: 1. aphasisches Stottern, und mit diesem eng verwandt verschiedene Sprachstörungen bei progressiver Paralyse und nach epileptischen Zufällen; 2. diejenigen Formen, welche aus einem Mutismus hervorgehen, namentlich posttraumatisches Stottern. Ein Analogon der letzteren Form ist das bei Kindern nach einem Schreck plötzlich auftretende Stottern. Nahe Beziehungen zeigt auch das imitatorische Stottern. Analoga der ersteren Form sind die auf einer umschriebenen cerebralen Störung beruhenden Fälle von Faciolingualparese; auch gehören vielleicht einige Fälle von Linkshändigkeit bei Stottern hierher. Es giebt hier grosse Uebereinstimmung mit Chorea, auch mit Beziehung auf die Trennung zwischen organischen und functionellen Störungen.

Für die erstere Gruppe muss eine Läsion im motorischen Apparat angenommen werden. Für einen Theil der Fälle der zweiten Gruppe dürfte Hysterie die Grundlage sein. Prognostisch verdient die Frage Beachtung, ob nicht viele hartnäckige Stotterfälle bei nicht neuropathisch belasteten Personen auf Herdaffectionen beruhen.

Therapeutisch ist die Methode der Erziehung zum bewusst-physiologischen Sprechen nur dann rationell, wenn die Störung im motorischen Apparate angenommen werden darf, also nur bei einem relativ kleinen Theil der Kinder. Für die „psychogene" Gruppe hat diese Methode wesentlich die Bedeutung eines Suggestionsmittels.

Die Stotterbehandlung hat nicht die Bedeutung eines reinen Unterrichtes, dieselbe ist eine therapeutische Aufgabe, die nicht einem Lehrer einfach überlassen, sondern die vom Arzte geleitet sein soll.

III. F. H. Quix (Utrecht): Sprachbewegungen von Stotterern.

Q. hat mit dem Zwaardemaker'schen Apparat die Sprechbewegungen des Unterkiefers, der beiden Lippen, des Mundbodens und die Athmung registrirt und demonstrirt einige Curven. Auffallend ist bei Stotterern, dass in den Pausen einzelne Muskelgruppen nicht in Ruhe sind, sondern Contractionen aufweisen, und weiter oft eine deutliche Dysharmonie der synergischen Muskelgruppen, wenn man die Curven mit denjenigen normaler Personen vergleicht. Die Curven für dasselbe

Wort zeigen bei Stotterern sehr verschiedene Formen. Es lässt sich demnach das Stottern als eine Coordinationsstörung auffassen, deren Ursache sich Q. im motorischen Sprachcentrum denkt.

IV. Discussion über den Rapport und die Vorträge I—III.

Polak meint, die häufigen Heilungen sprechen gegen die Auffassung, dass Stottern im Allgemeinen auf organischen cerebralen Störungen beruhe.

Brat folgert aus den Ergebnissen der von Mulder bearbeiteten Sammelforschung, dass das Stottern während der Schuljahre zunimmt, und weiter, dass bei Stotterern adenoide Vegetationen häufiger (45—50 pCt.) vorkommen als bei normalen Kindern (ca. 30 pCt.). Vergl. Burger (Arch. f. Lar. Bd. XVIII. S. 258). Die causale Bedeutung der Erblichkeit wird von Mulder zu hoch angeschlagen.

Pel schliesst sich Heilbronner an, wenn er Stottern mit Chorea vergleicht. Die sogen. Chorea imitatoria indessen ist keine echte Chorea, weil diese, wie bereits Boerhaave gezeigt hat, durch psychische Behandlung augenblicklich heilen kann.

Zwaardemaker acceptirt Heilbronner's Vorschlag, nicht alles Stottern über einen Kamm zu scheren. Er frägt aber, ob die eine Gruppe mit neuropathischer Anlage nicht die bei weitem zahlreichste sein dürfte, in Uebereinstimmung mit der Auffassung Mulder's. Als Sitz der Incoordination nimmt Z. für viele Fälle eine corticale oder subcorticale Localisation in der Nähe des Sprachcentrums an, wenn es auch unerklärt bleibt, warum so selten Stottern neben Aphasie und Paraphasie vorkommt. Z. weist auf die Uebereinstimmung mit Enuresis hin.

Koorda empfiehlt für die Niederlande die Stiftung von 1 oder 2 Schulen mit Internat.

Heilbronner erwidert, dass die an Frequenz bei Weitem überwiegende, nichtorganische Störung gewiss nicht cerebellär, allein auch nicht motorisch-cortical sitzt, sondern in der „Psyche“. Wir sollen also nicht auf Coordinationscentren, sondern auf die Psyche einzuwirken suchen.

Mulder verneint nicht die psychische Infection; er meint nur, dass die Bedeutung derselben übertrieben wird. Heilbronner gegenüber meint er, dass jede Uebung als Suggestion aufzufassen und dass das bewusste Sprechenlernen die beste Form der Suggestion sei. Ob bei Stotterern procentuarisch mehr Adenoide als bei anderen Kindern vorkommen, wäre mit Sicherheit nur zu sagen, wenn die betreffenden Zahlen von denselben Untersuchern an demselben Material erhalten wären.

V. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): Demonstrationen.

Eine linksseitige Recurrensparalyse unbekannter Genese; — drei Fälle von Kehlkopfkrebs mit auffällig geringen Beschwerden; — eine Geschwulst des Oberkiefers; — ein tuberculöser Tumor des Larynxinnern, unter Pinselungen mit Formalin-Milchsäure bedeutend verbessert, obgleich keine Ulceration vorhanden war.

VI. H. Burger (Amsterdam): Demonstrationen.

Ein typischer Nasenrachenpolyp bei einem 17jährigen Knaben. Versagen blutiger Methoden. Gute Erfolge der Galvanocaustik, mit welcher es gelang, den Tumor erheblich zu verkleinern und klein zu erhalten.

Eine in Folge einer kosmetischen Nasenplastik entstandene künstliche „Dermoidcyste" (s. v. v.). (Bereits referirt.)

VII. M. J. ten Cate (Amsterdam): Demonstration eines Kunstohres.

VIII. H. Zwaardemaker (Utrecht): Das Itard-Cholewa'sche Symptom bei Sclerosis aurium.

IX. H. J. L. Struycken (Breda): Zur Behandlung der eitrigen Stirnhöhlen-Entzündung.

Sowohl bei acuten wie bei chronischen Frontaleiterungen eröffnet S. den Sinus unterhalb der Augenbraue nach ganz kleinem Hautschnitt mittelst der Doyen'schen Kugelfraise. Nach Abfluss des Eiters wird die Höhle sondirt und von Eiter gereinigt. Nachbehandlung mittelst Durchspülungen und Drainage der kleinen Wunde. Auffallende Besserung auch in chronischen Fällen. In denjenigen chronischen Fällen, wo es mit dieser Behandlung zur Heilung nicht kommt, hat dennoch dieselbe einen günstigen Einfluss, indem Eiterung und Fötor sich erheblich bessern.

ter Kuile, Posthumus Meyjes, Burger und Moll verwerfen die beschriebene Methode für chronische Fälle, wo nur radicale Methoden, welche Verödung der ganzen Höhle erzielen, Erfolg versprechen.

Schutter betont die Möglichkeit, dass bei der Struycken'schen Operation anstatt der Stirnhöhle eine Siebbeinzelle eröffnet wird.

Moll erinnert für die acuten Fälle an die von ihm früher (M. f. O. 1896. No. 1) beschriebene Ansaugungsmethode.

Brat verwirft die äussere Operation in den acuten Fällen, wo man mit endonasalen Methoden (Cocain-Adrenalin: Resection der mittleren Muschel) fast immer auskommt.

Boon erwähnt die häufigen chronischen Fälle mit geräumiger Verbindung zwischen Sinus und Nase und nur ganz geringen Beschwerden, und wo seiner Ansicht nach keine Operation angezeigt ist.

Struycken erwidert, dass an der Stelle seiner Fraise-Eröffnung relativ selten eine Siebbeinzelle sitzt. In chronischen Fällen bildet seine Methode eine ausgezeichnete Vorbereitung für die Radicaloperation.

X. W. Schutter (Groningen): Submucöse Septumresection nach Krieg.

S. verwendet die Krieg'sche Methode seit 1890. Die Erfolge sind so günstige, dass kein Grund vorliegt, dieselbe durch die technisch-schwierigere Killian'sche, bei welcher das Involucrum erhalten bleibt, zu ersetzen. Vortheil der Krieg'schen Methode ist, dass man sich nach der Operation von der hergestellten freien Nasenathmung gleich überzeugen kann.

ter Kuile zieht gleichfalls die Krieg'sche Methode der Killian'schen vor.

Struycken und Mulder empfahlen die Trephine-Operation.

Moll erachtet bei Cristae die Trephine, bei sehr grossen Deviationen dagegen die Killian'sche Methode am Platze. M. demonstrirt einen Patienten, bei dem er vor 8 Tagen nach Killian operirt hat.

XI. A. C. H. Moll (Arnheim): a) Demonstration eines Patienten, operirt wegen linksseitiger Stirnhöhleneiterung.

Operation nach Killian, durch Fortnahme des Nasenbeines erweitert. Das kosmetische Resultat ist gut.

b) Nachbehandlung bei der radicalen Mastoidoperation.

XII. H. Burger: Die Behandlung der secundären Labyrinthitis.

XIII. P. Th. L. Kan: a) Demonstrationen.

Ein Röntgenphotogramm einer Bleistifthülse im Bronchus, welche, nachdem die Bronchoskopie abgelehnt worden, später ausgehustet wurde.

b) Postscarlatinöse Osteomyelitis des Schläfenbeines mit Sequestration des Labyrinthes.

c) Fremdkörper im Oesophagus eines Kindes.

Die geöffnete Sicherheitsnadel wurde mit dem Kehlkopfspiegel gesehen, deren Lage mittelst Radioskopie bestimmt und dieselbe unter Führung des kleines Fingers mittelst der Jurasz'schen Kehlkopfzange entfernt.

d) Ein Fall von doppelseitiger Radicaloperation von Stirnhöhlenempyem.

Auf beiden Seiten Operation nach Killian. Nach Heilung der Hautwunden auf beiden Seiten von Neuem Eiterung und Fistelbildung. Wiedereröffnung der ganzen Wunde, Auskratzung, zum zweiten Male Recidiv rechts; Ausheilung nach Abtragung der Spange. Der kosmetische Effect ist an der spangenlosen Seite nicht schlechter als an der anderen.

XIV. W. Schutter: Ein Fall von Kleinhirnabscess.

H. Burger.

---

b) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 27. März 1906.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

M. Steiner: Zur Aetiologie der Nebenhöhlenerkrankungen (Ozaena).

Beschreibt zwei Fälle von Ozaena, in deren einem Erkrankung der Highmorshöhle und der vorderen Siebbeinzellen, im anderen diejenige der Keilbeinhöhle vorlagen.

Berichtet ferner über 12 Ozaenafälle, in denen er Beobachtungen über die Beschaffenheit des Secretes vom Anfangsstadium der Secretion bis zu deren Ende mit folgendem Resultate anstellte: In der Mehrzahl der Fälle wird ein wasserhelles oder leicht weissgraues, dünnes, nicht eitriges Secret producirt; dasselbe ist leicht gerinnbar, legt sich infolge dessen sofort den Nasenmuscheln, namenlich der mittleren an, als deren getreuer Abdruck. Das Secret wird geruchlos abgesondert und erst infolge Stagnation fötid.

Zuletzt erwähnt S. die Uebergangsform zwischen Empyem und Ozaena.

Zwillinger: Fall von tabischer Kehlkopfmuskel- und Gaumensegellähmung.

Der 39jährige Patient leidet seit mehreren Jahren an manifester Tabes. Seit einigen Wochen Schlingbeschwerden, Zurücktreten von Speisetheilen und Flüssigkeiten in die Nase, Athembeschwerden, Heiserkeit.

Rechte Hälfte des Gaumensegels unbeweglich, Uvula in der Mittellinie, Sensibilität normal. Rechtes Stimmband, in der Medianlinie fixirt, erscheint kürzer, linkes Stimmband concav, wird während der Phonation nicht gespannt.

Onodi: Radiogramm eines Divertikels des Oesophagus.

Die Sonde reicht 23 cm von den Zähnen entfernt in das Divertikel. Das mit Wismuthgries gefüllte Divertikel ist am Röntgenbilde am Eingang der Brusthöhle placirt und hat die Grösse eines Gänseeies.

Sitzung vom 24. April 1906.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: H. Zwillinger.

Onodi: Adenoma papilliferum nasi.

Im rechten mittleren Nasengange eine leicht bewegliche, dieselbe ganz ausfüllende, grauliche, weiche, zottige Geschwulst. Nach Entfernung derselben gelangt die Sonde in eine Siebbeinzelle mit rauher Wand. Die mikroskopische Untersuchung constatirte ein Adenoma papilliferum.

Onodi: Lymphangioma hypertrophicum palati duri.

Seit 8 Jahren besteht in der hinteren Hälfte des harten Gaumens eine glatte, haselnussgrosse Geschwulst. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Lymphangioma hypertrophicum.

Desider v. Navratil: Rhinitis pseudomembranacea.

Bei der 14jährigen Patientin besteht seit 7 Wochen Verstopfung der Nase. Weisse Auflagerungen auf beiden unteren Muscheln, nach deren Entfernung die Basis blutete und welche sich als coagulirtes Fibrin erwiesen. Probeimpfung auf Diphtherie negativ. Da die medicamentöse Behandlung erfolglos war, resecirte N. beiderseits die Schleimhaut der unteren Muscheln. Patient ist seit 2 Monaten recidivfrei.

Desider v. Navratil: Fälle retronasaler Polypen.

Demonstrirt anatomische Präparate von 4 Patienten, bei welchen hühnereigrosse Polypen, theilweise mit Polypen der Nasenhöhle combinirt, im Nasopharynx sassen. N. entfernte dieselben theils durch die Nase mit kalter Schlinge, theils durch den Nasopharynx mittelst einer starken Zange. In 3 Fällen bestand Siebbeineiterung, welche nach Auskratzung der erkrankten Siebbeinzellen heilte.

Desider v. Navratil: Fall von Sinusitis sphenoidalis auf endonasalem Wege operirt.

Bei dem 22jährigen Patienten bestanden starke Kopfschmerzen in der Gegend der linken Stirnhöhle und am Occiput, verschlechtertes Sehvermögen, be-

schränkte Augenbewegungen, Schwächezustände, Abends Fieber. Da die übrigen Nebenhöhlen sich intact erwiesen, eröffnete v. N. die Keilbeinhöhle an der Vorderwand derselben mit einem kleinen Haken, wobei sich 3 Kaffeelöffel dicken Eiters stossweise entleerten und Patient sich leichter fühlte. Die vordere Wand der Keilbeinhöhle wurde mit Hajek'scher Stanze entfernt. Die Temperatur sank auf das Normale, Visus wurde ebenfalls normal, Augenbewegungen frei. Vortragender demonstrirt seine zur Eröffnung des Sinus spenoidalis gebrauchten Instrumente.

Desider v. Navratil: Hautemphysem der Nase und des Gesichtes nach Operation einer Deviatio septi.

Vortragender resecirte bei einem 9jährigen Patienten ein winkelartig verkrümmtes Septum submucosum. Am Tage nach der Operation niesst der Kranke oft und kurze Zeit danach schwillt die linke Gesichts- und Halshälfte auf das 4- bis 5fache an. Nach einem halben Tage ist das Symptom verschwunden. Im Zusammenhange erwähnt Vortragender, dass er neuerdings die Septumresection nur auf Grund absoluter Indication vollzieht und oft statt dessen auf der anderen Seite die hypertrophische untere Muschel resecirt.

Desider v. Navratil: Fall von Laryngofissur infolge von Papilloma multiplex.

Bei einem 22jährigen Kranken vollzog Vortragender die Laryngofissur in Schleich'scher Anästhesie. Die Papillome sassen auf den Stimmbändern und Taschenbändern, theilweise unter der Glottis. Damit sich die Schnittflächen der Cartilago thyreoidea nicht verschieben, liess er gemäss dem Verfahren Emmerich v. Navratil's oben eine 3 mm breite Brücke. Er transplantirte auf die exstirpirten Partien Thiersch'sche Lappen, die aber nicht anwuchsen, welchen Umstand Vortr. als durch die von den Papillomen verursachte Secretion bedingt erklärt. Patient hat seit einem halben Jahre keine Recidive, Stimmbänder intact, schliessen prompt, Stimme klar, verständlich.

E. v. Navratil.

---

c) IV. Sitzung der St. Petersburger oto-laryngologischen Gesellschaft vom 28. Mai 1906.

Lewin demonstrirt 2 Patienten mit Ozaena vulg., denen er Paraffinmuscheln erzielt hatte. Der Zustand besserte sich bedeutend. Bisher hat er sechs Nasen paraffinisirt, in 4 Fällen trat Besserung ein.

Iljisch wendet bei Ozaena in der letzten Zeit heisse Luft mit Mentholdämpfen geschwängert an. Sowohl subjectiv wie objectiv konnte eine Besserung constatirt werden.

Erbstein glaubt nicht an Localbehandlung der Ozaena, da es sich nur um Theilerscheinung eines allgemeinen Leidens handelt.

Nikitin beobachtete einen Fall von Ozaena, combinirt mit vasomotorischer Rhinitis. Sobald Pat. in der Kälte auf die Strasse ging, stellte sich reichliches Fliessen ein, trotzdem verschwanden die Borken nicht.

Hellat findet die verflossene Zeit von 2 Wochen für zu kurz, um irgend ein Urtheil abzugeben. Auch ist die erzielte Verengerung der Nase viel zu unbedeutend, um dadurch die Besserung zu erklären. Viel wahrscheinlicher ist die-

selbe zurückzuführen auf entzündliche Reaction von Seiten der Schleimhaut in Folge von Paraffininjection.

Jerdin will kein endgülliges Urtheil fällen, sondern eine gemeinsame Controle ermöglichen.

Goldstein beobachtete Ozaenafälle mit Athembeschwerden trotz weiter Höhlen.

Jocher hat auch ähnliche Fälle gesehen und erklärt die Empfindung der Athemnoth durch Trockenheit der Schleimhäute.

Wigotzki stellte einen Patienten vor, der vor 3 Tagen sich ihm mit einer kindskopfgrossen Geschwulst der Schläfengegend vorstellte. Augenblicklich entleert sich Eiter durch den Gehörgang und die Geschwulst ist abgefallen.

Erbstein zeigte eine Patientin, bei der er eine Stahlnadel aus dem Kehlkopfe entfernte. — Sie hatte die Nadel vor einem Monat beim Mittagessen verschluckt. Die Nadel steckte schräg über der Rima glottidis mit einem Ende im Ventrikel, mit dem andern in der Hinterwand.

Nikitin theilte bei dieser Gelegenheit eine Beobachtung mit. Ein Mann von 36 J. verschluckte im August 1904 einen Hühnerknochen, der Knochen blieb im Halse stecken, das Schlucken war schmerzhaft. Aerztliche Untersuchung konnte nichts feststellen. Am 4. Tage hustete Pat. einen gabelförmigen Knochen heraus. Der Schmerz dauerte aber fort. Pat. wandte sich an N. An Stelle der Verletzungen waren Geschwüre entstanden. Es folgten Fiebertemperaturen und neue Geschwürsbildungen. Erst vor Kurzem konnte eine volle Besserung erzielt werden, so dass die Krankheit ca. 2 Jahre dauerte.

Shirmunski stellt eine Patientin mit Spaltung des Septums der Nase vor. Patientin fiel vor einem Jahre auf die Nase. Blutung. In der letzten Zeit Athembehinderung. — Bei der Untersuchung besteht die Scheidewand scheinbar aus zwei Lamellen. — S. glaubt, dass beim Fall der Scheidewandknorpel sich in zwei Lamellen theilte.

P. Hellat hält die Erklärung für nicht annehmbar. Er glaubt, dass die Zweitheilung dadurch zu erklären ist, dass eine einfache Fractur vorlag, wobei die Lamellen nebeneinander geschoben werden und so verwachsen. Jetzt bekommt man natürlich die Empfindung, als ob das Septum aus zwei Lamellen bestände.

P. Hellat.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. October 1906.

E. Meyer zeigt einen Patienten, der in sehr ausgedehntem Maasse an Rhinosklerom erkrankt war und unter Röntgenbehandlung ungemein gebessert worden ist.

Alexander demonstrirt einen Patienten mit Enchondroma laryngis, in das der Schildknorpel aufgegangen ist. Ein Behandlungsversuch mit Röntgenstrahlen hatte einen gewissen Erfolg zu verzeichnen.

Sturmann hat die von Rosenberg im März vorgestellte Patientin mit Nasensarkom operirt und glaubt, wenn es sich auch nicht um eine Radicaloperation handelt, der Patientin einen grossen Dienst geleistet zu haben.

Rosenberg bezweifelt das und erwartet ein baldiges Recidiv (das inzwischen auch eingetreten. Ref.!); er hatte wegen der Unmöglichkeit einer Radicaloperation von einem Eingriff abgesehen.

Finder stellt einen 15jährigen Patienten vor, der infolge eines Falles (Hals gegen Tischkante) eine Contusio laryngis aufwies — linke Schildknorpelhälfte druckschmerzhaft, linkes Stimmband blutig tingirt, subglottische Röthung, Fixation des linken Aryknorpels.

E. Meyer demonstrirt eine Reihe von nach dem Dreifarbenverfahren aufgenommenen Bildern von Lupus, Naevus disseminatus und einen grossen Zungentumor, sowie einige Pharynxaufnahmen.

Scheier: Zur Parotiserkrankung der Glasbläser.

Bei diesen Arbeitern wird, sobald sie die Wangen aufblasen, Luft in den Ductus Stenonian. resp. die Parotis getrieben, so dass diese dann sich aufbläht. Sch. fand diese Erkrankung unter 250 Gasbläsern bei 8 pCt.

Sch. bespricht die Aetiologie und Symptomatologie dieser Krankheit, sowie der anderweitigen Veränderungen der Mundschleimhaut.

Sitzung vom 16. November 1906.

Landgraf hält eine Glückwunschansprache an den Vorsitzenden B. Fränkel zu seinem 70. Geburtstage, die derselbe beantwortet.

A. Rosenberg theilt einige literarisch-historische Curiositäten mit:

1. Das von Dionis 1782 abgebildete „Speculum nasi".

2. Drei Fälle von ungewöhnlich grossem Rhinophym, wo die Geschwülste zum Theil über das Kinn herüberhingen, von Civadier, Theulot und Delonnes aus dem 18. Jahrhundert.

3. Einen von Smetius 1575 mitgetheilten Fall, in dem der Patient in Folge eines Gesichtstraumas durch die Nase und nur durch sie sehen konnte.

Gluck stellt eine Reihe von Fällen von Tuberculose des Pharynx und Larynx vor, resp. berichtet über solche, die er radical operirt hat. Von 13 zum Theil sehr weit vorgeschrittenen Fällen sind 11 geheilt. Manchmal ist die Tuberculose des Schlundes und Kehlkopfes als chirurgische Localtuberculose aufzufassen und dementsprechend durch Resection resp. Radicaloperation zu behandeln. Die Sicherheit der Technik und die Häufigkeit des Erfolges gestattet, die Indicationen zu erweitern und auch bisher für inoperabel gehaltene Fälle zu operiren.

Sturmann zeigt eine von ihm und Haike aus Glas construirte aseptische Durchleuchtungslampe.

Scheier zeigt das Präparat eines primären Carcinoms der Tonsille. Es wurde nach Durchsägung des Unterkiefers und mit Schonung der Lippe radical entfernt.

Claus stellt einen Patienten mit einer gonorrhoischen Erkrankung des Cricoarygelenks vor.

Grabower zeigt die makro- und mikroskopischen Präparate von Kehlkopfmuskeln von Hunden, denen er einseitig 1. den Sympathicus eliminirt hat, wonach keine Degeneration zu beobachten war, 2. den Laryng. sup. et inf. exstirpirt hat,

wonach eine Degeneration des Posticus und Thyreoid. int. et extern. auftrat, 3. nur den Recurrens excidirt hat, wonach eine deutliche Atrophie des Posticus vorhanden war.

Felix Semon: Vollständige Stimmruhe während der Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberculose.

Während eine Schweigecur im Hause und Beruf oder auch ohne Anstaltsbehandlung im Süden schwer oder kaum durchführbar ist, liegen die Chancen für dieselbe in einem Sanatorium sehr viel günstiger, weil hier viele sonst vorhandene Schädlichkeiten (Staub, Taback, unzweckmässige Kleidung u. s. w.) fortfallen und der Arzt einen grösseren Einfluss auf den Patienten hat.

Unfehlbar ist natürlich die Schweigecur nicht und man erlebt manchmal Enttäuschungen; am besten sind die Erfolge bei entzündlichen Reizungen, hartnäckigen Katarrhen und umschriebenen Ulcerationen; Beharrlichkeit in der Behandlung ist durchaus nothwendig. Daneben ist eine örtliche Therapie oft am Platze.

Lublinski hat schon vor 20 Jahren die Schweigecur empfohlen und bestätigt ihre guten Erfolge in vielen Fällen.

Klemperer: Eine vollkommene Ruhigstellung des Kehlkopfes tritt auch beim Schweigen nicht ein (Athmen, Schlucken u. s. w.), dagegen eine relative Blutleere, die auf die rein entzündlichen Zustände günstig einwirkt. Es scheint fraglich zu sein, ob die Schweigecur auf die Tuberculose als solche einen Einfluss ausübt.

Sturmann: Bei isolirten Strafgefangenen ist öfter — offenbar weil sie nicht sprechen konnten — eine Besserung ihrer Kehlkopftuberculose beobachtet worben.

B. Fränkel: Die Entwickelung der Lehre von der Ozaena.

Den heute allgemein giltigen Begriff der Ozaena hat F. geschaffen. Er wendet sich aus klinischen und anatomischen Gründen gegen die Auffassung ihrer Entstehung aus Nebenhöhlenerkrankungen. Als eine Herderkrankung kann man sie nur in dem Sinne bezeichnen, dass häufig das adenoide Gewebe der Muscheln, aber auch an der medialen convexen Seite erkrankt ist. Es giebt aber auch hier eine Flächeneiterung.

Die Metaplasie des Epithels ist nicht charakteristisch für Ozaena; die Theorie von der rareficirenden Ostitis als Grundlage derselben ist hinfällig, ebenso die von Hopmann und Siebenmann. Der Bacillus mucosus ist ein häufiger Trabant der Ozaena, aber als ihre Ursache können wir ihn noch nicht anerkennen.

Wir sind demnach über die 30 Jahre alte Fränkel'sche Theorie noch nicht viel weiter hinaus.

Sitzung vom 14. December 1906.

Finder stellt einen 32 jähr. Patienten mit Lähmung des rechten Stimmbandes und rechtsseitiger Gaumensegellähmung vor, deren Ursache in einer Tabes zu suchen ist.

Grabower hält diesen Fall für ausserordentlich selten, da eine Combination von Recurrens- und Gaumensegellähmung bei Tabes in der Literatur nicht verzeichnet ist.

Schötz stellt einen heiseren Patienten vor, bei dem laryngoskopisch sich ein Bild ähnlich dem einer doppelseitigen Internuslähmung zeigt; aber es ist nur der obere Theil der Stimmbänder ausgebaucht, während weiter unten ein gerader Rand zu sehen ist. Parallel dem Stimmbandrande läuft unten ein Schleimhautfältchen, das in diesem Falle vielleicht durch einen lange vorhanden gewesenen Keuchhusten gereizt worden ist und anschwoll und dann wieder schrumpfte.

Gutzmann glaubt durch Sprachunterricht einen gewissen Erfolg erreichen zu können.

Haike stellt eine Patientin vor, bei der er die linksseitigen heftigen Kopfschmerzen und Schwellung der linken Stirngegend, sowie Ptosis und Protrusio bulbi auf ein Empyem des Sinus frontalis zurückführte, der sich bei der Durchleuchtung dunkel erwies. Bei der Operation zeigte es sich, dass eine linke Stirnhöhle überhaupt nicht existirte; die Kieferhöhle und die Siebbeinzellen waren gesund. Augenhintergrund normal. Antisyphilitsche Cur zunächst ohne Erfolg. Erblindung links. Sehnervenatrophie. Allmähliche und fortschreitende Besserung des Sehvermögens und der Ptosis. Es handelte sich wohl um eine specifische Periostitis an der Wand zwischen Foramen opticum und Fissura orbitalis.

E. Meyer berichtet über eine Patientin, die amaurotisch geworden war und über heftige Kopfschmerzen klagte, die auf eine Stirnhöhlenerkrankung hindeuteten. Während der in Folge dessen vorgenommenen Operation trat eine heftige Blutung ein, die Höhle erwies sich als gesund. Nachher Besserung der Symptome. Nach einigen Monaten Exitus. Bei der Section fand sich ein circumscripter Tumor im vierten Ventrikel.

Gutzmann demonstrirt etliche Curven, die er mittelst des Marbe'schen Verfahrens gewonnen, das darin besteht, die Schwingungen der König'schen Flamme sofort sichtbar und fixirbar zu machen. Man kann an ihnen ausgezeichnet den leisen und festen Stimmeinsatz, die stimmfesten und stimmlosen Laute unterscheiden und Fehler der Stimme erkennen.

Katzenstein: Das demonstrirte Verfahren bildet einen Fortschritt auf phonetischem, aber nicht auf sanganalytischem Gebiete.

Gutzmann stimmt dem im Wesentlichen zu.

Goldmann zeigt einen Pat. mit einem den rechten harten Gaumen einnehmenden hühnereigrossen, prallelastischen, glatten Tumor, die mikroskopische Untersuchung eines entnommenen Stückes ergab die Diagnose Epithelialsarkom.

E. Barth zeigt ein neues Adenotom, das eine Guillotine in Form eines Beckmann'schen Messers darstellt.

Barth und Grunmach: Röntgenographische Beiträge zur Stimmphysiologie.

G. hält die bisher erzielten Untersuchungsergebnisse nicht für einwandsfrei, weil sie nicht mit Präcisionsapparaten erhalten worden sind, wobei Verzeichnungen nicht ausgeschlossen werden können und weil die hier beobachteten Weichtheile

sich nicht scharf genug auf dem Schirm abheben. G. beschreibt den Präcisionsapparat und dessen Handhabung. Barth hat, um eindeutige Bilder zu erzielen, den Versuchspersonen eine dünne leichte, mit einem Kügelchen versehene Kette über die Zunge hinweg bis in die Vallecula eingeführt.

(Fortsetzung in der nächsten Sitzung.)

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Leopold von Schrötter's 70. Geburtstag.

Dienstag den 5. d. früh 8 Uhr versammelte sich in dem klinischen Hörsaale des Jubilars eine grosse Anzahl von hervorragenden Vertretern der Regierung — Sectionschef Dr. Cwiklinski, die Hofräthe Daimer, von Roretz und Netolitzki, Mitgliedern der medicinischen, philosophischen und theologischen Facultät der Wiener Universität, sehr viele Professoren und Docenten, General-Oberstabsarzt Dr. v. Uriel mit hervorragenden Vertretern des militärärztlichen Officierkorps, der Director des allgemeinen Krankenhauses Hofrath Dr. Mucha sowie Vertreter verschiedener ärztlicher Corporationen.

Von auswärtigen Celebritäten waren anwesend Geheimrath Prof. B. Fränkel und Prof. Pannwitz aus Berlin und Dr. Thost aus Hamburg. Die übrigen Plätze des Hörsaales waren von Studenten dicht besetzt.

Um $^1/_2$9 Uhr betrat der Jubilar unter Führung des Decans Geheimrath Prof. Hans Horst-Meyer den Hörsaal und wurde mit langanhaltendem Beifall begrüsst.

Den ersten Glückwunsch brachte der Decan im Namen der Facultät dar, Hofrath Exner gratulirte im Namen der K. K. Gesellschaft der Aerzte, Hofrath von Neusser als Vertreter des Vereins für innere Medicin und Kinderheilkunde und Hofrath Mucha als Director des allgemeinen Krankenhauses. In geistreichen Worten überbrachte Geheimrath Fränkel den Gruss der Berliner laryngologischen Gesellschaft — für die Wiener laryngologische Gesellschaft sprach in Vertretung des zu einem Consilium nach Sofia verreisten Präsidenten Prof. O. Chiari der Vicepräses Docent Dr. W. Roth, worauf der Secretär der Gesellschaft Docent Dr. M. Hajek das Ehrendiplom verlas und übergab. Roth verlas hierauf noch eine Adresse der Deutschen laryngologischen Gesellschaft, deren Präsident Excellenz Prof. M. Schmidt wegen Unwohlsein an der Reise nach Wien verhindert war. Im Namen der internationalen Vereinigung gegen Tuberculose sprach Prof. Pannwitz aus Berlin und hob die Verdienste Schrötter's um ihre Gründung hervor — Hofrath Weichselbaum beglückwünschte den Jubilar als den Schöpfer der Lungenheilanstalt Alland, Hofrath Escherich gratulirte im Namen des Hülfsvereins für Lungenkranke und für das medicinische Doctorencollegium Primararzt Dr. Heim. In herzlicher Weise sprach sodann Dr. Thost (Hamburg) für alle ausländischen Schüler, Hofrath Winternitz für den Centralverband der Balneologen, Regierungsrath Dr. Kobler (Serajevo) im Namen der älteren klinischen Assistenten und der Mediciner Massari in kurzer aber schwungvoller Rede im Namen der Hörer. Den Schluss der Reden bildete die Ansprache des Assistenten Dr. Weinberger, welcher mittheilte, dass die Société de thérapeutique in Paris Schrötter zum Ehrenmitglied ernannt habe. (Das Diplom verlas Assistent Dr. Reitter.) Ausserdem ernannten die Wiener laryngologische Gesellschaft, die otolaryngologische Gesellschaft in München und die otolaryngologische Gesellschaft in Petersburg den Jubilar zum Ehrenmitglied. Auch von der Laryngological society of London war eine Glückwunschadresse an ihr Ehrenmitglied Schrötter eingelaufen. Weinberger überreichte sodann eine mit dem Bildniss des Jubilars geschmückte Festschrift, welche von 41 Collegen und Schülern Beiträge enthält; davon betreffen 15 die Laryngologie und Rhinologie, die übrigen die interne Medicin.

Nach langdauernden Ovationen gelangte endlich der Jubilar zum Worte und gedachte zunächst seines unsterblichen Meisters Skoda. Er gab dann einen Rückblick über sein Leben, über sein fortwährendes Bestreben, den Unterricht zu verbessern, die Kliniken auszugestalten und machte einige treffende Bemerkungen über das Studium der Medicin von Seiten der Frauen, welche nur ausnahmsweise sich dazu eignen. Er gab auch seiner Befriedigung Ausdruck, dass es ihm gelungen sei, die Aufmerksamkeit der Aerzte und des Publicums auf den klimatischen Schatz gelenkt zu haben, welchen wir an den österreichischen Küsten der Adria besitzen. Schliesslich forderte er die Studenten auf, den ärztlichen Beruf immer mit warmer Hingebung und edler Menschenfreundlichkeit auszuüben.

Es fehlte auch nicht an zahlreichen brieflichen und telegraphischen Glückwünschen, sowie Geschenken von auswärtigen Universitäten, Gelehrten — wie Leyden, Rosthorn — Schülern und Patienten, wie auch aus der Gesellschaft, speciell aus Künstlerkreisen. Die Gesellschaft der Musikfreunde in Wien, deren Direction Schrötter schon lange angehört, liess ein Glückwunschschreiben überreichen.

Alle grösseren Wiener Tagesblätter brachten sympathische Artikel, von denen zwei Prof. Chiari, andere Primarius Dr. von Weismayr, Director Sorgo zum Verfasser hatten.

Am selben Abend fand im Hause des Jubilars ein Souper statt, an welchem die auswärtigen und mehrere Wiener Gelehrte und Collegen theilnahmen.

Sammelforschung, betreffend die Behandlung laryngealer und trachealer Stenosen.

Lyon, le 14. février 1907.

Monsieur le Professeur!

Auriez-vous l'obligeance de vouloir bien faire insérer le petit avis suivant dans le Centralblatt für Laryngologie: Monsieur le Dr. Sargnon, 7 rue Victor Hugo, Lyon, France, prie ses collègues qui auraient des documents inédits ou non à lui communiquer sur le traitement des sténoses laryngées et trachéales, surtout après le tubage et la trachéotomie chez l'enfant et chez l'adulte, de vouloir bien les lui adresser, et tout particulièrement les cas traités par la laryngofissure et surtout la laryngostomie.

Dans l'espoir que vous voudrez bien Mr. le Professeur faire insérer cette courte note, je vous prie d'agréer l'assurance de ma profonde considération.

Dr. Sargnon.

Folgende sind die Fragen, deren Beantwortung Herr Dr. Sargnon wünscht: Behandlung der Kehlkopf- und Trachealstenosen besonders nach Intubationen und Tracheotomie bei Kindern und Erwachsenen.

1. Alter und Geschlecht.
2. Ist der Fall veröffentlicht oder nicht? Angabe des Ortes der Publication.
3. Natur der Erkrankung. Diphtherie oder nicht.
4. Intubation. a) Anzahl der Intubationen.
   b) Gesammtdauer.
5. Tracheotomie. a) Primäre (hohe; niedrige).
   b) Secundäre (hohe; niedrige).
6. Natur und Sitz der Stenose.
   a) Nicht narbige (Lähmung; Anchylose; chronisches Oedem; Granulationen etc.).
   b) Narbige.
7. Behandlung der Stenose.
   a) Intubation; Elektrolyse.
   b) Dilatation.
   c) Laryngofissur (Plastik); partielle oder totale Laryngectomie.
8. Dauer der Behandlung. Endgültiges Resultat.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, April. 1907. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medikamente, Instrumente.

1) **Goris. Statistik der im Jahre 1905 von Goris im Institut Chirurgical von Brüssel ausgeführten Operationen. (Statistique des opérations pratiquées en 1905 par le Dr. Goris à l'Institut Chirurg. de Bruxelles.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. 1906.*

G. hat im Jahre 1905 in der Chloroformnarkose 795 Operationen vorgenommen, welche sich vertheilen: 1. auf den Mund, Kiefer und Pharynx 160, 2. auf die Nase und Sinus 572, 3. auf den Hals 22, 4. auf das Ohr 38, 5. auf das Nervensystem 3.

Unter I) befinden sich: 1 Colloidcyste des linken Oberkiefers, 4 Epuliden des Oberkiefers und 1 auf den Sinus übergreifendes Fibrosarcom; 1 Carcinom des linken Oberkiefers; 1 Nekrose des harten Gaumens; 3 Fälle von Caries des Oberkiefers dentären Ursprungs; 4 Wolfsrachen; 1 Carcinom des Mundbodens und der Gland. sublingual.; 1 Chondrom des Atlas und Epistropheus mit Vorwölbung des Gaumens und 142 Amygdalotomien.

Unter II: a) Varia: adenoide Wucherungen 488; Turbinectomien 11; Muschelschwänze 5; Deviationen der Nasenscheidewand, Knorpelvorsprünge etc. 19; Epitheliom des Nasenrückens, der Nasenspitze je 1; Recidiv eines Nasenepithelioms 1; nasoorbitäre Sebacecyste 1.

b) Sinusiten: Maxillarsinusitiden 6; Ethmoidalsinusitiden, einfache und complicirte mit Maxillarsinusitis, Dacryocystitis und Frontalsinusitiden 19; Mucocele bifrontoethmoidal. 1.

c) Benigne Tumoren: Nasenrachenpolyp 1; Nasenrachenpolyp und Nasenrachenfibrom mit Tracheotomie 3.

d) Carcinome und Sarcome: mit Tracheotomie je 2 (ein Carcinom der Tub. Eustachii, ein Sarcom des Siebbeins, ein Carcinom des rechten Oberkiefers und ein Epitheliom der äusseren Wand der Nasenhöhle).

III. Hals:

a) Oesophagus: 1 Münzenextraction.

b) Diverse Affectionen: Abscesse, Lymphdrüsenanschwellungen, Sarcome, Cervicalmeningocelee, Osteosarcom, Lymphosarcom 11 Fälle.

c) Strumen: parenchymatöse und Cystenkröpfe 5 und 1 cystischer Nebenschilddrüsenknoten.

d) Kehlkopf: 1 diffuses Papillom mit Tracheotomie und Thyrotomie; 1 inoperables Carcinom mit Tracheotomie.

BAYER.

2) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Therapeutische Versuche zur Heilung von Krebsgeschwülsten durch die Methode der Anästhesirung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 40. 1906.*

Ausgehend von seinen Beobachtungen über die Wirkung der Anästhesie in der gesammten Entzündungstherapie und unter Berücksichtigung der Thatsache, dass das Wachsthum der Tumoren von deren Ernährung durch die Bahnen der Circulation abhänge, also in directer Beziehung zu ihrer Hyperämie stehe, versuchte Spiess, ob sich nicht durch möglichste Beschränkung der Ernährung, i. e. der Hyperämie eine Wachsthumshemmung bezw. Heilung erzielen lasse. Da diese Hyperämie wohl die Folge eines von den Tumorzellen ausgehenden Reizes, also als eine reflectorische anzusprechen ist, so sollte durch entsprechende Anästhesirung dieser Reflex ausgeschaltet und damit die Hyperämie eingeschränkt, womöglich beseitigt werden. Die zunächst vorgenommenen Thierversuche, über die eingehend berichtet wird, führten zu positiven Resultaten. Autor machte nun gleiche Versuche an menschlichen Tumoren, deren Resultate er an 11 in extenso berichteten Fällen mittheilt. Bezüglich Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

3) **E. Friedmann. Die Constitution des Adrenalins.** *Beitr. zur chem. Physiol. u. Pathol. Bd. 8. S. 95.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

4. **T. Mironescu. Beitrag zur Wirkung des Adrenalins und des Euphthalmins auf den Blutdruck bei Kaninchen.** *Ther. Monatshefte. Jahrg. 20. S. 39.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

5) **O. H. Butler. Eine practische Erfahrung mit Adrenalin als Herz- und Gefässstimulans. (A practical experience with adrenalin as a cardiac and vasomotor stimulans.)** *Lancet. Vol. 170. p. 595.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

6) **S. Möller. Kritisch-experimentelle Beiträge zur Wirkung des Nebennierenextracles (Adrenalin).** *Ther. Monatshefte. Jahrg. 19. S. 547, 622. Jahrg. 20. S. 25, 85.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

7) **J. C. Warbrick. Adrenalinchlorid bei der Behandlung des chronischen Nasen-, Nasenrachen- und Rachenkatarrhs. (Adrenalin chloride in treatment of chronic nasal, postnasal and pharyngeal catarrh.)** *Texas Medical Journal. November 1906.*

Ohne Bedeutung.

EMIL MAYER.

8) **Berton H. Potts. Gefahr der unvorsichtigen Anwendung des Alkaloids der Nebenniere. (Danger from the careless use of alkaloid of the suprarenal glands.)** *Journal of the American Medical Association. 13. October 1906.*

Verf. warnt vor der Gefahr der Nachblutung. Wenn in Folge häufiger Adrenalinapplication die Gefässwände erschlaffen, so verlieren sie schliesslich die Fähigkeit, wieder zur Norm zurückzukehren und es resultirt eine vermehrte Blutzufuhr; Verf. hat in solchen Fällen eine persistente Schwellung entstehen sehen.

EMIL MAYER.

9) **Heyerdahl** (Norwegen). **Röntgenbehandlung bei malignen Tumoren. (Röntgenbehandling ved maligne Tumorer.)** *Norsk Magazin for Lägevidensk. p. 329. 1906.*

Der Verf. hat die Röntgenbehandlung bei 11 Fällen von Ulcus rodens, drei Cancer labii und mehreren anderen malignen Neubildungen, die nicht hier erwähnt werden sollen, angewandt. Heilung von Hautcancer gelingt nur, wenn die Krankheit ganz oberflächlich ist.

E. SCHMIEGELOW.

10) **H. J. Schlasberg** (Stockholm). **Ueber Hautepitheliom und dessen Behandlung mit Finsenlicht. (Om hudepitheliom ach deras behandling med Finsenljus.)** *Hygiea. p. 21. 1906.*

Verf. hat in 19 Fällen sehr schöne Resultate erhalten, wenn das Epitheliom zuerst mit scharfem Löffel herausgekratzt, dann mit Finsenlicht behandelt worden ist (2—30 Sitzungen).

E. SCHMIEGELOW.

11) **Schönemann** (Bern). **Die kalten Inhalationen bei Krankheiten der oberen Luftwege.** *2. Jahresheft der schweizer Balneologischen Gesellschaft. Aarau 1906.*

Sch. zieht den warmen Inhalationen die kalten vor, weil er in ihnen ein erzieherisch abhärtendes hydrotherapeutisches Agens gegen einen mehr oder weniger abgeschlossenen, sehr gewöhnlichen Symptomencomplex sieht, welchen der Laie „Empfindlichkeit des Halses“ nennt und welcher in der Neigung zur belästigenden Perception abnormer Sensationen im Schlundgebiet mit Prädisposition zu eigentlichen Katarrhen dieser Regionen besteht. Diese Reizbarkeit des Halses beruht oft nur in leichter Bildung von Hyperämie, Füllung der Venen etc. und steht in keinem Verhältniss zu den objectiven Veränderungen im Halse. Sch. lässt unter Umständen sich den Patienten durch Temperaturübergänge an die kalten Inhalationen gewöhnen und sagt, dass letztere sehr gut vertragen werden.

Die Mehrzahl der Laryngologen würde dem wohl im Ganzen, aber immerhin cum grano salis beipflichten und es schon mehr weniger geübt haben.

JONQUIÈRE.

12) **Gerber** (Königsberg). **Technische Mittheilungen.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1906.*

1. Neue subglottische Spiegel: Die vom Autor verbesserten Spiegel sind — ähnlich den Mackenzie'schen für den Nasenrachenraum — durch ein Doppelgelenk in situ verstellbar und können — nach Einführung in den subglottischen Raum — durch Druck auf den Daumenring „lateralwärts in die Frontalebene gedreht und in jedem beliebigen Winkel bis zum rechten aufgestellt werden".

2. Ein Nasencompressorium: Der an einem Stirnreifen befestigte und verstellbare Apparat dient zur Compression der Nase von aussen von der Seite her und findet Verwendung bei Fracturen, Luxationen, sowie auch nach operativen Eingriffen; des ferneren als Compressorium zur Nachbehandlung bei Paraffininjectionen und schliesslich auch bei starken Nasenblutungen zur Compression der Nasenwände gegen den Tampon.

3. Ein specialärztliches Taschenbesteck.

HECHT.

13) **Breitung** (Eisenach). **Gesichtsschutzmaske nach Angabe des Zahnarztes Otto Eichentopf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1906.*

Die zum Schutze des Arztes vor Infection durch den Patienten einerseits, andererseits zur Verhütung einer Infection des Operationsfeldes durch den Athem aus Mund und Nase des operirenden Arztes bestimmte Schutzmaske besteht aus durchsichtigem dünnen Celluloid und behindert weder Sprechen noch Athmen. Die Maske ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Broeckaert. Ueber die Aetiologie der Ozaena. (Sur l'étiologie de l'ozène.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 10. Fasc. 1906.*

In der Sitzung der Genter med. Gesellschaft vom 5. Juni 1906 berichtet B. über anatomopathologische Untersuchungen, welche er behufs der Aetiologie der Ozaena vom histologischen Standpunkte aus angestellt hat an verschiedenen Schleimhautfragmenten, welche er Ozaenakranken verschiedenen Grades entnommen hatte. — Er kommt dabei zu dem Schluss, dass die Ozaena eine specielle chronische Entzündung der Nasenschleimhaut, speciell der der unteren Muschel, welche nach sehr langer Zeit eine diffuse Sklerose der Schleimhaut herbeiführe, deren bedeutendste Veränderungen in der hornigen Degeneration der oberen Epithelialschichten und der degenerativen Alteration der Drüsen der Respirationsschläuche bestehe; endlich bilden sich in Folge der Gefässläsionen nutritive Störungen, welche ihre Rückwirkung auf die Schleimhaut, den Knochen und das Periost äusserten. Die Ozaena sei als chronische Toxinfection anzusehen,

welche speciell auf die Gefässe und Drüsen der Membr. pituitaria einwirke; diese Läsionen können nach dem gegenwärtigen Standpunkt unserer Kenntnisse indirecte Reactionen der Syphilis darstellen, aber es ist sehr wahrscheinlich, dass die Paratuberculose eine positivere ätiologische Rolle dabei spielt, als die Parasyphilis.

BAYER.

15) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Nasentamponade bei Ozaena.** *Münchener med. Wochenschr. No. 49. 1906.*

Eine aus Condomgummi gefertigte Hülle wird vom Patienten in zusammengepresstem Zustande in die Nasenöffnung geschoben und durch einen mit der Hülle verbundenen Schlauch vom Patienten selbst kräftig aufgeblasen. Sie legt sich der Wand des Naseninnern bei Atrophie der unteren Muschel, die ja meist vorhanden, in seiner ganzen Ausdehnung an und reicht bis in den Nasenrachenraum, wovon man sich durch Rhinoscopia posterior überzeugen kann. Der Schlauch, der leicht von der Hülle getrennt werden kann, trägt einen Absperrhahn, wodurch erstere einmal aufgeblasen, ihre Form behält. Nach 5—10 Minuten öffnet man den Hahn, worauf die Hülle in Folge Entweichens der Luft zusammensinkt und leicht herauszuziehen ist. Sie wird sofort nach Ablösen des Schlauches in ein bereitstehendes Wassergefäss gelegt und kann in diesem bis zum nächsten Gebrauch, nach 12 bis 24 Stunden, verbleiben; es haben sich dann meist sämmtliche dem Gummi anhaftenden Borken abgelöst und zu Boden gesenkt. Sind Theile der Borken in der Nase zurückgeblieben, so sind sie doch gelockert und können leicht ausgeschneuzt werden.

HECHT.

16) **Etiévant. Heilung der Ozaena durch submucöse Paraffininjectionen. (Guérison de l'ozène par les injections sousmuqueuses de paraffine.)** *Société des médecins practiens de Lyon. 23. Februar 1906.*

Verf. bedient sich der Broeckaert'schen Spritze zur Injection von festem Paraffin. Er hat unter seinen Fällen 18 seit 4 Monaten constatirte Heilungen, drei erhebliche und zwei geringe Besserungen und einen Misserfolg.

A. CARTAZ.

17) **Guisez. Ueber die Behandlung der Ozaena mit kaltem Paraffin. (Du traitement de l'ozène par la paraffine à froid.)** *Bulletin méd. No. 40. 1906.*

Verf. hat 22 Ozaenafälle mit submucösen Injectionen von kaltem Paraffin behandelt. Er hat 15 Heilungen und 7 Besserungen erzielt.

A. CARTAZ.

18) **J. Fein** (Wien). **Die Ozaena und die Stauungstherapie nach Bier.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 31. 1906.*

F. wählte die Compression der Venen, da die Saugtherapie für das Naseninnere nicht nur schwer durchführbar, sondern auch gefahrbringend ist. Von der Compression der oberflächlichen Halsgefässe sah der Autor keine nennenswerthe Stauwirkung, er comprimirte daher die das Blut aus dem Naseninnern führenden

Venen, indem er nach Art der Belloc'schen Tamponade einen Choanaltampon für 1—2 Tage einführte. Diese Behandlungsart hatte negative Resultate.

CHIARI.

19) **Réthi** (Wien). **Die Ozaena und die Stauungstherapie.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 39. 1906.*

Von der Saugtherapie konnte Réthi keine anhaltende Wirkung sehen. Er führte die Venencompression in der Choanalumrahmung mittelst Ringtampons und Hartgummirohrtampon aus, damit die Ventilation der Nase nicht vollständig aufgehoben ist. Wenn der Tampon in der Choane lag, konnte eine Reaction in der ganzen Nase constatirt werden, wenn der Tampon nur in der Nasenhöhle selbst lag, fand sich eine Reaction nur in der Nähe des Tampons. Die Verflüssigung des Sekretes ist nicht abhängig von dem Grad der Luftdurchgängigkeit der Nase.

CHIARI.

20) **M. Toeplick** und **H. Kreuder** (New-York). **Das Rhinosklerom.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 39: 1906.*

21) **G. Heermann** (Kiel). **Der erste Skleromfall in Schleswig-Holstein.** *Bresgens Samml. zwangslos. Abhandl. etc. Herausg. von Heermann. Verl. Carl Marhold, Halle a/S. 9. Januar 1907.*

T. beschreibt zwei Fälle eigener Beobachtung, K. hat ein der inneren Fläche des Nasenflügels entnommenes Stück des zweiten Falles mikroskopisch untersucht und fasst das Resultat dahin zusammen, dass die Erkrankung histologisch sich als chronischer Entzündungsprocess mit Bildung neuen Bindegewebes erweist, von dem es zweifelhaft ist, ob er von den Bacillen herrührt; ebenso ist es noch unsicher, ob der Sklerom- und der Friedländer'sche Bacillus identisch sind.

T. giebt eine Beschreibung des Krankheitsbildes in der Nase, dem Rachen, Mund, Kehlkopf und in der Luftröhre, bespricht die Prognose und die Behandlung.

H. beschreibt einen Fall von Sklerom bei einem 25 jährigen Mädchen und giebt einen kurzen Ueberblick über die Erkrankung; er hält es für angebracht, der Importirung der Krankheit dadurch Rechnung zu tragen, dass man sklerom-kranke oder -verdächtige Individuen am Ueberschreiten der Grenze und am dauernden oder vorübergehenden Aufenthalt im Reichsgebiet verhindert.

A. ROSENBERG.

22) **S. W. Day. Vorläufiger Bericht über den pathologischen Befund in einem Fall von Rhinosklerom. (Preliminary report of the pathological findings in a case of rhinoscleroma.)** *Transactions of the Chicago Pathological Society. April 1906.*

Es handelte sich um einen 27 jährigen seit 7 Jahren in den Vereinigten Staaten lebenden Böhmen.

EMIL MAYER.

23) **William S. Gottheil. Ein Fall von Rhinosklerom. (A case of rhinoscleroma.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1906.*

Zwei grosse Geschwulstmassen nahmen den unteren Rand der Nasenlöcher und den harten Gaumen ein. Die Oberlippe war colossal verdickt und die ganze Nase nach oben gedrängt. Der Tumor war holzhart, absolut unempfindlich, leicht geröthet und an seiner Oberfläche befanden sich erweiterte Gefässe. Der ganze harte Gaumen war infiltrirt und verdickt, die Uvula fehlte und der weiche Gaumen war in eine knorpelige Masse umgewandelt. An der hinteren Pharynxwand fanden sich Geschwüre. Die Nasenlöcher waren vollkommen verschlossen. Mittelst der hinteren Rhinoskopie sah man, dass die Tumormassen in den Nasenrachenraum vorsprangen. Der Larynx war frei.

Die Behandlung mit X-Strahlen bewirkte eine ausgesprochene Veränderung in den äusseren Tumoren. Sie hatten erheblich an Grösse abgenommen, so dass sie nur noch halb so umfangreich waren, wie früher. Die Gaumeninfiltration, die Nasenstenose und der Zustand des Rachens hatten sich nicht verändert.

SEIFERT.

24) **Rondaeff. Ueber das Vorkommen von Rhinosklerom in der Schweiz. (Contribution á l'étude du Rhinosclérome en Suisse.)** *Dissert. Lausanne 1905.*

Ein Fragebogen von Mermod von 1904 an die Schweizer Aerzte ergab nur 3 Fälle. Secretan hat 1894 über 4 Fälle berichtet. 7 weitere Fälle, alle aus dem Canton Wallis, konnte Mermod selbst beobachten. Im Canton Wallis scheint das Rhinosklerom zuzunehmen. (Contagion?) Manche Fälle gingen nicht von der äusseren Haut, sondern von inneren Theilen der Nase aus. Einige wenige hatten weiches Gewebe, so dass also die Härte nicht ein nothwendiges diagnostisches Merkmal ist. Ein Fall hatte zugleich Ozaena atrophicans und einen einzigen anatomisch diagnosticirten skleromatösen Knoten im Eingang der linken Nasenhöhle. Ein trauriger Fall zeigte fast die ganze Gesichtshaut befallen. Die Fälle Mermod's wurden stets histologisch verificirt. Es gelangten in der Schweiz bis jetzt also insgesammt nur 14 Fälle zur Kenntniss, was sich theilweise aus ihrer gebirgigen Bodenbeschaffenheit erklärt, deren zahlreiche tiefe, lange Thäler schwierig auszuforschen sind.

JONQUIÈRE.

25) **L. Bross** (Hruschau). **Polypenoperation an einem Haemophilen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde etc. No. 11. 1905.*

Bei Extraction eines Nasen-Polypen erlebte Autor eine profuse, schwer stillbare Blutung, als deren Ursache eine bestehende Hämophilie erkannt wurde. Autor empfiehlt, vor jeder Operation anamnestisch sich auch nach etwaiger Hämophilie zu erkundigen.

HECHT.

26) **Richard H. Johnston. Ein grosses Fibro-Adenom der Nasenhöhle. (A large fibro-adenoma of the nasal fossa.)** *The Laryngoscope. Juli 1906.*

Nachdem der Tumor mehrere Jahre in Alcohol aufbewahrt war, sind seine Maasse noch folgende: Länge 4,5 cm, Breite 3 cm, Dicke 1 cm.

EMIL MAYER.

27) Gordon King. **Grosses Papillom der Nasenhöhle. (Voluminous papilloma of the nasal cavity.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Januar 1906.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

28) Alfred Mathieu. **Beitrag zum Studium der Enchondrome der Nasenhöhle und ihrer Behandlung. (Contribution à l'étude des enchondromes des fosses nasales et de leur traitement.)** *Thèse des Paris. 1906.*

Verf. behandelt in seiner fleissigen Arbeit alle Knorpelgeschwülste, die einfachen und gemischten; vom histologischen Gesichtspunkt aus werden unterschieden: Tumoren aus hyalinem Knorpel, Faserknorpel und Gallertknorpel. Dazu kommen noch die Enchondrome mit fettkörniger Degeneration und die Osteoid-Enchondrome.

Die Enchondrome kommen besonders bei jungen männlichen Individuen vor; sie sind selten gestielt; sie können in Folge ihrer Ausdehnung grosse Störungen verursachen und umfangreiche Operationen nothwendig machen.

Verf. bespricht die Symptomatologie, Diagnose. Er empfiehlt zur Entfernung der Tumoren radicale Operationen von aussen her.

A. CARTAZ.

29) S. Rosenheim. **Die Bedeutung einer mikroskopischen Untersuchung aller aus der Nase entfernten Geschwülste nebst Mittheilung über die Frühdiagnose maligner Geschwülste. (Importance of a microscopic examination of all growths removed from the nares together with a report of early diagnosis of malignant growths.)** *Bulletin of the John Hopkins Hospital. Juni 1906.*

Besonders bei malignen Geschwülsten ist die mikroskopische Untersuchung wichtig, weil dadurch ihr Charakter schon zu einer Zeit festgestellt werden kann, wo sie noch so klein sind, dass sie per vias naturales entfernt werden können oder wo doch eine eventuelle Radicaloperation die meiste Aussicht auf Erfolg hat. Verf. berichtet 6 Fälle, von denen 3 Sarkome betreffen, während in den anderen 3 es sich um Carcinome im Initialstadium oder Tumoren mit Tendenz zu Carcinom handelt.

EMIL MAYER.

30) Alfred Denker (Erlangen). **Ein neuer Weg für die Operation der malignen Nasentumoren.** *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1906.*

Der Beginn der Operation deckt sich mit der von Denker angegebenen Methode zur Redicaloperation der chronischen Kieferhöhlenempyeme. Vor der Eröffnung der Kieferhöhle wird „die Mucosa der lateralen Wand nicht nur des unteren Nasenganges, sondern auch des mittleren Nasenganges abgehebelt"; „die untere Muschel, falls sie noch nicht in dem Tumor aufgegangen ist, mit einer kräftigen Scheere an der Crista turbinalis abgetrennt."

Nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle und entsprechender Ausräumung derselben, wird die Mucosa der lateralen Nasenwand rasch umschnitten und in toto herausbefördert. „Wenn der Tumor vom mittleren Nasengang seinen Ursprung nahm, kommt er zum grössten Teil mit der Mucosa heraus. Nach der Entfernung der medialen Kieferhöhlenwand liegt nun das ganze Naseninnere breit vor und es ist ein leichtes, das Siebbeinlabyrinth mit Conchotom und Löffel gründlich aus-

zuräumen und auch die vordere Wand der Keilbeinhöhle vollständig freizulegen und zu reseciren." Die Nachbehandlung ist gleich der wegen chronischer Kieferhöhlenempyeme radical Operirten. Autor berichtet in extenso über drei nach dieser Methode operirte Fälle maligner Nasentumoren, die die Brauchbarkeit dieser Methode und ihre Vorzüge gegenüber den bisherigen Methoden erwiesen.

Der zweite Fall zeigte, dass sich diese neue Operationsmethode „nicht eignet für die Fälle, welche ausserhalb der Nase, des Nasenrachens und der Nebenhöhlen von der Fissura pterygopalatina ausgehend die Fossa retromaxillaris ausfüllen." Hier muss man zur temporären Oberkieferresection schreiten.

Betreffs weiterer Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

31) **J. Price-Brown. Ein statistischer Bericht über die Operationsresultate bei Nasensarkom mittelst der gewöhnlich angewandten Methoden nebst einer Befürwortung eines ausgedehnteren Gebrauchs der Elektrocaustik in geeigneten Fällen. (A statistic report of the results of operation in sarcoma of the nose by methods generally adopted with a plea for the more extented use of electric cautery in suitable cases.)** *Canadian Practitioner and Review. November 1906.*

Der Titel enthält den Inhalt.

EMIL MAYER.

32) **R. F. Miller. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Der Fall betrifft einen 17jährigen Neger.

EMIL MAYER.

33) **Arthur P. Herring. Sarkom des Vomer mit ausgedehntem Befallensein der benachbarten Gebilde und Metastase in der Schädelhöhle. (Sarcoma of the vomer with extensive involvement of the adjacent structures and metastasis in the cranium.)** *American Journal of Medical Science. August 1905.*

Es handelte sich um ein Spindelzellensarcom bei einem 17 jährigen Patienten. Bei der Autopsie fand man, dass der Tumor in der rechten Nebenhöhle vom Vomer ausging und zu einer Metastase in der mittleren Schädelgrube geführt hatte. Der Tumor hatte sich auf Keilbein, Keilbeinhöhle, Hinterhauptsbein, Siebbein ausgebreitet, die hintere Orbitalwand zerstört und Exophthalmus verursacht.

EMIL MAYER.

34) **J. A. Watson. Nasensarkom nebst Bericht über einen Fall. (Nasal sarcoma with report of a case.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Der Fall, eine 44jähr. Frau betreffend, soll die Ansicht des Verf.'s illustriren, dass die intranasale Operation in vielen, wenn nicht allen Fällen von Nasensarcom gerechtfertigt ist. Er bezeichnet sie als indicirt in fast allen Fällen, in denen die Anheftungsfläche der Geschwulst begrenzt und sie sich auf die eigentliche Nasenhöhle beschränkt, ohne die Sinus mitbefallen zu haben. In einem frühen Entwicklungsstadium entsprechen die meisten Fälle diesen Bedingungen. In den seltenen Fällen, wo die Geschwulst den Eindruck ganz excessiver Bösartigkeit macht, handelt es sich nicht um die Frage, ob extranasal oder intranasal, sondern ob intranasal oder überhaupt operirt werden soll.

Verf. hält auch das Befallensein der Highmorshöhle nicht für eine absolute Contraindication gegen die intranasale Operation. Wenn man mit hinreichender Wahrscheinlichkeit annehmen kann, dass die anderen Nebenhöhlen frei sind und dass die Highmorshöhle secundär befallen ist, wie das gewöhnlich der Fall ist, so wird man finden, dass die Sinuswand nicht erkrankt ist, der Tumor vielmehr nur eine Verlängerung des in der Nasenhöhle befindlichen darstellt und en masse entfernt werden kann. In vorgeschrittenen Fällen ist der Zugang zur Höhle gewöhnlich leicht. Sollte sich bei der Operation herausstellen, dass die Sinuswand mit afficirt ist, so wird dadurch die Oberkieferresection nicht schwerer, als sie vor dem intranasalen Eingriff war.

EMIL MAYER.

35) **Gustav Killian. Der Ursprung der Choanalpolypen. (The origin of choanal polypi.)** *Lancet. II. p. 81. 1906.*

Die Erfahrungen des Verf.'s stützen sich auf 22 Beobachtungen.

Den Choanalpolypen oder gutartigen Nasenrachenpolypen gebührt unter den Geschwülsten dieser Art eine Sonderstellung. Sie sind gewöhnlich einseitig, solitär und birnförmig. Sie entspringen meist aus der Kieferhöhle. — Sie sollten mit einer kalten Schlinge entfernt werden, die da angelegt werden soll, wo der Stiel aus der Kieferhöhle herauskommt und zwar muss man darauf achten, den Stiel nicht durchzuschneiden, sondern ihn aus der Kieferhöhle herauszuziehen.

JAMES DONELAN.

36) **Killian. Ueber den Ursprung der choanalen Schleimpolypen. (De l'origine des polypes muqueux des arrières-narines.)** *Annales des Maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 9. 1906.*

In einer grossen Zahl der Fälle ist der Ursprung der Choanalpolypen in der Kieferhöhle zu suchen, wo sie mittels eines langen Stiels festhaften, der durch eine accessorische Oeffnung hindurchgeht. Verf. hat 7 derartige Fälle beobachtet.

BRINDEL.

37) **Lemée. Nasenrachenpolypen. Abtragung per vias naturales ohne vorhergehende Operationen. (Polypes naso-pharyngiens. Ablation par les voies naturelles sans opérations préliminaires.)** *Thèse de doctorat. Bordeaux 1906.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die präliminaren Operationen in der Mehrzahl der Fälle zur Entfernung der Nasenrachenpolypen überflüssig sind. Die Tracheotomie sei unnöthig, da die Blutung durch die Rose'sche Operationslage und die Tamponade unschädlich gemacht werden könne. Verf. hält es für rathsam, zuerst die Fortsätze, die von dem Körper der Polypen ausgehen, abzuschneiden, bevor man den Stiel desselben abtrennt.

BRINDEL.

38) **Gaudier und Arquembourg. Fibröser Nasenrachenpolyp. (Polype fibreux naso-pharyngien.)** *Echo méd. du Nord. 20. Mai 1906.*

Die Mittheilung betrifft den Fall eines 12 jährigen Kindes. Der erste Eingriff wurde vor 2 Jahren gemacht. Der Stiel des Tumors entsprang vom Körper des Keilbeins und in der Keilbeinhöhle. Es handelte sich um ein reines Fibrom.

A. CARTAZ.

39) **John E. Rhodes. Behandlung der Nasenrachensarkome mittels Adrenalininjectionen. (Treatment of sarcoma of the naso-pharynx by injections of adrenalin.)** *Journal of the American Medical Association. 11. August 1906.*

Cfr. Bericht über die Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906.

EMIL MAYER.

40) **Schloffer. Zur temporären Gaumenresection bei der Operation von Nasenrachengeschwülsten.** *Prager med. Wochenschr. No. 8. 1906.*

Sch. hat in einem Falle die temporäre Gaumenresection nach Partsch mit der v. Bruns'schen Aufklappung der ganzen Nase combinirt und zählt die Vortheile dieses Vorgehens auf. Operation am „steilsitzenden" Patienten in Morphium-Chloroformnarkose.

CHIARI.

41) **Broeckaert. Drei neue Instrumente zur Extraction fibröser Nasenrachenpolypen. (Trois instruments nouveaux pour l'extraction des polypes fibreux du naso-pharynx.)** *La Belgique Méd. No. 13. 1906.*

In der Sitzung der Genter med. Gesellschaft vom 6. März 1906 zeigt B. drei neue Instrumente zur Entfernung von fibrösen Nasenrachenpolypen vor:

1. eine Zange mit starken Armen, um den Tumor auf retropalatinem Wege zu fassen;

2. eine gerade Zange mit gezähnelten ovalären Fassenden, um die Polypen auf transmaxillo-nasalem Wege ausreissen zu können;

3. eine Zange mit Krallen nach dem Modell der Kocher'schen Kropfzangen.

BAYER.

42) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Eine Bemerkung zur Anwendung starker elektrischer Ströme in der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1906.*

Bezugnehmend auf den Bericht Schmiegelow's über die elektrolytische Behandlung von Neubildungen der Nase, des Rachens und der Zunge macht Autor auf die möglichen Gefahren der Elekrolyse, die durch Stromschleifen, Nebenschlüsse etc. eintreten können, aufmerksam. Er erinnert daran, dass bisweilen schon bei ganz geringen Stromstärken Schwindel- und Lichterscheinungen auftreten können. Wenn auch im Nasenrachenraum der dicke Knochen als schlechterer Leiter den Schädelinhalt so ziemlich gegen Stromschleifen schütze, so seien doch in der Nase selbst die Verhältnisse andere. Die Narkose schalte die subjectiven Empfindungen und Angaben des Patienten während der Sitzung aus, die sonst eine sofortige Aenderung in der Stromdosirung ermögliche. Es sei daher bei Application der Elektrolyse in der Narkose vorerst Vorsicht unbedingt geboten.

HECHT.

43) **Raudnitz** (Pag). **Zwei neue Saugapparate.** *Prager medicin. Wochenschrift. No. 34. 1906.*

Da sich dem Verfasser die Saugbehandlung bei Gaumenmandelentzündungen bewährte, versuchte er es auch bei entzündeten Rachenmandeln und construirte

zu diesem Zwecke entsprechend gebogene, gestielte, verschieden breite Saugglocken. Firma: F. A. Eschbaum, Bonn. — Exstirpation der Rachenmandel wäre der einfachste Vorgang.

CHIARI.

44) **Charles H. Burr. Der Schlingenführer für die Nasenschlinge. (The loop director an adjunct to the nasal snare.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Mai 1906.*

Der Schlingenführer ist für die Abtragung der hinteren Muschelenden berechnet. Die Operation wird dadurch erleichtert, dass man im Stande ist, das Instrument mit rechtwinklig abgebogener Schlinge in den Nasenrachen einzuführen.

LEFFERTS.

45) **Erich Ruttin** (Wien). **Ein Schlingenschnürer für Nase und Ohr.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1906.*

Die an einem Krause'schen Handgriff befestigte Schlinge kann geschlossen in die Nasenhöhle eingeführt und dortselbst oder im Nasenrachenraum zu jeder beliebigen, den Raumverhältnissen entsprechenden Grösse entfaltet oder verkleinert werden. Die in geschlossenem Zustande eingeführte Schlinge bewahrt jede ihr vor der Operation gegebene Abbiegung. Drei Abbildungen illustriren den Schlingenführer.

HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

46) **Kren** (Wien). **Ueber Lupus erythematodes des Lippenroths und der Mundschleimhaut.** *Arch f. Dermatol. Bd. 83. 1907.*

Auf Grund von 4 genau beobachteten Fällen ergiebt sich für die Klinik des Lupus erythematodes der Mund- und Lippenschleimhaut folgendes Bild: Der Lupus erythematodes der Mundschleimhaut repräsentirt sich in typischen Fällen als oberflächliche Entzündung, die sich nach aussen gegen die gesunde Schleimhaut meist in scharfen Grenzen abhebt. Die Ränder sind dunkelroth und zeigen erweiterte Gefässchen, das Centrum lässt eine atrophische glatte, häufig violettrothe Schleimhaut erkennen, die mit zahllosen weissen Pünktchen oder Streifchen besetzt ist. Der Verlauf ist äusserst hartnäckig, die Therapie findet grosse Schwierigkeiten.

SEIFERT.

47) **Weisz** (Alland). **Die Combination von Milchsäurebehandlung und Sonnenbelichtung bei einem tuberculösen Geschwür der Unterlippe.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1906.*

W. empfiehlt dieses aussichtsvolle Verfahren auch bei Larynxgeschwüren: Abends Pinselung mit Milchsäure, Tags über Belichtung.

CHIARI.

48) **Joseph Kovács** (Budapest). **Was ergiebt sich in Bezug auf die Pathogenese der Lungentuberculose nach Bestimmung der Infectionswege bei Fütterungs- und Inhalationsversuchen?** (Aus dem II. pathol.-anatom. Institut zu Budapest.) *Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie. XL. 2. 1906.*

Die Resultate K.'s, an Meerschweinchen und Kaninchen vorgenommener Versuche, fasst er dahin zusammen:

Lungenerkrankungen können durch Fütterungsinfection auf dem Wege einer lymphatogenen Ausbreitung zu Stande kommen. Eine nicht unbeträchtliche Zahl sämmtlicher Tuberculosefälle, besonders im kindlichen Alter, ist einer intestinalen Infection zuzuschreiben.

Andererseits darf ein Bacillenimport mit dem Inhalationsstrom direct bis in das Lungenparenchym nicht in Abrede gestellt werden.

Dem gegenüber mangelt es auch nicht an solchen Fällen, wo die Tuberkelbacillen auch bei der Inhalationsinfection die oberen Luftwege nicht überschreiten, so dass wohl der Infectionsstoff von den oropharyngealen Invasionspforten aus dasselbe Bild der tuberculösen Lungenerkrankung hervorruft, welches bei einem anzunehmenden primären Einnisten der Bacillen in den Lungen beobachtet wird.

A. ROSENBERG.

49) **De Beule** (Gent). **Ein Fall von angeborenem Lymphangiom der Oberlippe. (Un cas de lymphangiome congénital de la lèvre supérieure.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 8. 1906.*

D. theilt der medicinischen Academie eine kurze Beobachtung von einem angeborenen Lymphangiom der Oberlippe eines $1^1/_2$ Jahre alten Kindes mit. Die Lippe hatte einen ganz bedeutenden Umfang erreicht, war rüsselförmig und verdeckte einen grossen Theil der Unterlippe. Das Saugen war unmöglich und musste das Kind mit dem Löffel ernährt werden, indem man ihm in der Rückenlage die Flüssigkeit in den Mund einflösste. Ein Versuch mit der Ignipunctur misslang begreiflicher Weise, daher Operation, welche der Autor genau mittheilt und die von einem ausgezeichneten Resultate begleitet ist. Das congenitale Lymphangiom ist nach dem Autor selten und hat derselbe höchstens 15 Fälle davon in der Literatur auffinden können. Erst neuerdings habe man die Structur und Organisation derselben genau bestimmt, aber noch immer bleibe sie ein zu lösendes Problem der pathologischen Histologie.

BAYER.

50) **De Walsche. Anfallsweise Fluxion der Unterkieferspeicheldrüse. (Fluxion paroxystique de la glande sousmaxillaire.)** *La Clinique. No. 39. 1906.*

Im Cercle médical von Brüssel berichtet D. über paroxystische intraglanduläre Speichelhypersecretion bei einem Manne, bei welchem bei jeder Mahlzeit eine rapide Anschwellung der rechten Submaxillardrüse auftrat, um hernach allmälig wieder zu verschwinden. Der Autor nimmt eine Reizung der Chorda tympani mit reflectorischer rapider, intraglandulärer Speichelhypersecretion an. Nach 3monatiger Dauer verschwand das Phänomen von selbst.

BAYER.

51) **M. Pacaut** und **P. Vigier. Die Speicheldrüsen der Schnecke. (Les glandes salivaires de l'escargot [Helix pomalia L.].)** *Arch. d'anatomie microscopique. T. VIII. F. III, IV. p. 425—660. 1906.*

Zu umfänglich für ein kurzes Referat.

J. KATZENSTEIN.

52) **Otto Eckersdorff** (München). **Scheinbare Stenosirung des Pylorus durch ein chronisches suprapilläres Duodenalgeschwür; postoperative Parotitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 44. 1906.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes nebst epikritischen Erörterungen.

HECHT.

53) **Sadakad. Fall von traumatischer Kopfverletzung durch einen Bären. (Slutschai tramatitsch. powreshdenia golowi pritschinen. medwedem.)**

Bei einer Bärenjagd, wobei Bauern aus dem Dorf den Bären umringen mussten und denselben auf einen Sumpf treiben sollten, wo die Jäger ihn dann hätten todtschiessen können, wurde der erste von den Bauern, der den Bären, den Befehlen eines titulirten Jägers gemäss, mit Beilhieben nach dem Sumpfe treiben wollte, von dem gereizten Thiere angefallen.

Den Bauern erlöste aus den Klauen des wüthenden Thieres ein Hündchen, welches den Bären an der Kehle fasste.

In Folge der Wunden stellte sich unter anderem eine Strictur des Rachens, Heraushängen der Zunge aus dem Munde und eine vollständige Unmöglichkeit zu reden ein. Unterkiefer beweglich im falschen Gelenk.

Durch eine fünffache Operation, bestehend in Oesophago-, Tracheo-, Pharyngo-, Glosso- und Sequestrotomie, wurde eine Sprech- und Essmöglichkeit erzielt. Letztere blieb jedoch wegen der geringen Beweglichkeit des Kiefers sehr gering. Es fand sich kein Gesetzesparagraph, um berechtigten Schadenersatz zu fordern.

P. HELLAT.

54) **Dutot. Fall von Glossitis syphilitica parenchymatosa aus der Secundärperiode. (Un cas de glossite syphilitique parenchymateuse apparue de la période secondaire.)** *La Presse Méd. Belge. No. 24. 1906.*

In der Sitzung der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant am 29. Mai 1906 stellt D. einen 30jährigen Kranken vor, welcher vor 19 Monaten Syphilis acquirirt hatte. Obgleich er sich nur in der Secundärperiode befindet, ist die Zunge der Sitz einer tertiären parenchymatösen Glossitis; nur Injectionen von Calomel resp. grauem Oel hatten eine günstige Wirkung und ergaben ein ausgezeichnetes Resultat.

BAYER.

55) **Dutot. Skleröse parenchymatöse Glossitis mit Leucoplasie und krebsiger Degeneration. (Glossite sclero-parenchymateuse avec leucoplasie et dégénérescence cancéreuse.)** *La Presse Méd. Belge. No. 29. 1906.*

In der Sitzung der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Brabant am 26. Juni 1906 stellt D. einen Fall von skleröser, parenchymatöser, syphilitischer Glossitis vor, bei welcher er, um einer krebsigen Entartung vorzubeugen, die leukoplastischen Plaques, welche den Injectionen von Calomel resp. grauem Oel widerstanden, zu excidiren beabsichtigt.

BAYER.

56) **Broeckaert. Ueber einen Fall von schwarzer Zunge. (A propos d'un cas de langue noire.)** *La Belgique Méd. No. 22. 1906.*

Zwei Fälle von schwarzer Zunge bei Personen, welche an Oesophagospasmus litten. Besprechung der verschiedenen Theorien über die Entstehung der schwarzen Zunge.

BAYER.

57) **L. Hoeflmayr** (München). **Drei Fälle von Zungenneuralgie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1906.*

Bericht über drei Fälle isolirter Neuralgie des Nervus lingualis. Glossopha-

ryngeus und Hypoglossus waren vollständig unbetheiligt. Sämmtliche drei Fälle waren „mässig neurasthenische Patienten mit träger Darmthätigkeit." Die Regelung der Darmfunction als Haupttherapie führte zum allmäligen Verschwinden der Zungenschmerzen.

HECHT.

58) **Dudley P. Allen. Ueberzählige Thyroidea an der Zungenbasis. (Supernumerary thyroid at the base of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 23. December 1905.*

Es handelt sich um ein 18jähriges, hereditär nicht belastetes, immer gesund gewesenes Mädchen. Vor 3 Jahren beobachtete man am Zungenrücken eine Anschwellung; jetzt zeigt sich ein halbkugeliger Tumor von etwa 4 cm im Durchmesser an der Zungenbasis, der bis zur hinteren Rachenwand reicht. Keine Drüsen, kein Schmerz. Entfernung der Geschwulst in Chloroformnarkose. Nach Durchschneidung der Kapsel auf der linken Seite erfolgte eine gefährliche Blutung; Tamponade. Da es weiter blutet, wird die A. lingual. unterbunden; danach steht die Blutung. Drohender Collaps. Da die Athmung wahrscheinlich in Folge des Gazetampons nicht frei ist, wird die Patientin tracheotomirt. Zwei Tage später wird der Tampon entfernt; die Patientin erholt sich. A. fügt einen interessanten pathologischen Bericht bei.

LEFFERTS.

59) **Gross** (Bremen). **Ueber Amyloidtumoren der Zunge.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 84. 1907.*

Ein 57jähriger Mann zeigte eine kirschgrosse, nicht ulcerirte, dem Zungengrunde in der Mitte vorgelagerte, sehr harte Geschwulst, die sich mikroskopisch als Amyloidtumor auswies. In nächster Nähe desselben hatte sich ein kleiner Abscess gebildet.

SEIFERT.

60) **D. Roth** (Jägerndorf.) **Ein Fall von echter Angina erysipelatosa.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1906.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines einschlägigen Falles.

HECHT.

61) **L. Blum** (Strassburg.) **Ueber die diagnostische Bedeutung der Angina ulcerosa typhosa.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Unter Hinweis auf die wichtige diagnostische Bedeutung der Angina ulcerosa typhosa und ihre klinische Erscheinungsform macht Autor darauf aufmerksam, dass in Einzelfällen dieses Symptom nicht zur absoluten Sicherung der Diagnose verwendet werden kann, da gleich aussehende von ihr nicht zu unterscheidende Geschwüre auch bei anderen Erkrankungen vorkommen können. Zum Beweise berichtet Autor in extenso über zwei Erkrankungsfälle, die klinisch-differentialdiagnostisch sich nicht entscheiden liessen.

HECHT.

62) **Moll** (Arnheim). **Peritonsilläre Abscesse. (Abcès péritonsillaires.)** *La Clinique. No. 41. 1906.*

Auf dem X. flämischen naturwissenschaftlichen und medicinischen Congress bezeichnet M. nach Skizzirung der Symptomatologie peritonsillärer Abscesse als charakteristische Localisation derselben die Gegend vorn oben auf der Mandel im

Gaumensegel. Er giebt eine Methode an, rascher und leichter als mit der üblichen Incision die Eröffnung derselben vorzunehmen; dieselbe besteht in dem Aufsuchen der natürlichen Oeffnung der präformirten Höhle mit der Sonde. Dazu hat er eigens ein Instrument construirt, welches geschlossen, wie eine Sonde in den Abscess eingeführt, dann geöffnet herausgezogen wird, wobei es den Eiterabfluss bewirkt.

BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

63) **Zucker** (Graz). **Zur localen Behandlung der Diphtherie mit Pyocyanase.** *Arch. f. Kinderheilkde. Bd. 44. 1906.*

Die Pyocyanase beeinflusst in manchen Fällen von Rachendiphtherie den localen Process und indirect den Allgemeinzustand in ausgesprochen günstigem Sinne. Von der specifischen Behandlung mit Heilserum ist bei Anwendung der Pyocyanase in keinem Falle abzusehen. Als Adjuvans erscheint die Pyocyanase namentlich in jenen Fällen von Rachendiphtherie angezeigt, in welchen die Rückbildung der Membranen schleppend vor sich geht und in solchen, wo von Anfang an sogenannte „septische" Zustände vorliegen.

SEIFERT.

64) **Sadger** (Wien-Gräfenberg). **Die Hydriatik des Croup.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 45. 1907.*

Die Abhandlung giebt einen Ueberblick über die gesammte Wasserbehandlung des Croup, die sehr wohl mit der modernen Therapie, auch Intubation und Tracheotomie zu vereinigen sei.

SEIFERT.

65) **Lawrence T. Royster. Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der Symptome und Behandlung. (Diphtheria, with special reference to the symptoms and treatment.)** *N. Y. Medical Journal. 8. März 1906.*

R. bevorzugt die Intubation vor der Tracheotomie; diese ist jener nur dann überlegen, wenn die Membranen über die Tube nach unten hinausreichen. In diesen Fällen gehen sie aber auch oft über die Tracheotomiecanüle hinaus.

Haben andere Methoden keine Erleichterung der Athmung gebracht, wird der Puls schnell und schwach, so soll sofort intubirt werden; ebenso wenn fortdauernde Cyanose besteht. In der Privatpraxis mache man die Intubation schon bevor es unbedingt nöthig ist.

LEFFERTS.

66) **Stiller** (Strassburg). **Zur Dauer der Immunität nach Injection von Diphtherieheilserum.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 64. 1906.*

Die prophylaktische Immunisirung gewährt dann einen wirksamen Schutz auf längere Zeit, wenn die immunisirten Kinder aus dem Bereich der Contactinfection entfernt werden. Beim Verweilen der Kinder unter Diphtheriekranken kann die Immunität unter Umständen von sehr kurzer Dauer sein. Nicht immunisirte Kinder erkranken unter gleichen Bedingungen in einem ungleich höheren Verhältnisse als immunisirte. Besonders bilden katarrhalische Infektionen der Schleimhäute, sowie Traumen derselben ein stark für Diphtherie prädisponirendes Moment.

SEIFERT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **Oscar Wilkinson. Ein Fall von submucöser Blutung des rechten Stimmbandes. (A case of submucous hemorrhage of the right vocal cord.)** *The Laryngoscope. September 1906.*

Die Blutung erstreckte sich auf die hinteren vier Fünftel, die blauroth und geschwollen aussehen, während der übrige Theil vollkommen weiss erschien. Das linke Stimmband zeigte ein normales Aussehen, ausser einer leichten chronischen katarrhalischen Unebenheit. Zwei Tage später sah das rechte Stimmband dunkler und in ganzer Länge missfarbig aus; in zwei Wochen war es wieder weiss. Die Behandlung bestand in Oelspray und zweimal wöchentlich vorgenommenen Applicationen einer 2 proc. Arg. nitr.-Lösung und Stimmschonung.

Die Blutung entstand bei einem vollkommen gesunden Individuum ohne nachweisbare Ursache.

EMIL MAYER.

68) **Rübesch** (Prag). **Umfängliches Fibrom des Nervus vagus dexter bei Fibromatosis nervorum.** *Prager med. Wochenschr. No. 39. 1906.*

Nebst zahlreichen Hautfibromen fanden sich bei der 52 jährigen Patientin eine rechtsseitige Recurrenslähmung und eine hochgradige Stenosirung der Trachea. Bei der Obduction wurde u. A. ein sehr grosses retrosternales Fibrom gefunden, in dessen oberen Pol der rechte Vagus eintrat und welches dieser Nerv am unteren Pole verliess, von wo ab er in seinem weiteren Verlaufe mehrere verschieden grosse fibromatöse Knoten aufwies. Auch der linke Vagus zeigte mehrere solcher Knoten; der linke Recurrens war makroskopisch normal, mikroskopisch jedoch fanden sich stellenweis deutliche Vermehrung des Endo- und Perineuriums. Allenthalben zeigte das in den Nerven gewucherte Bindegewebe eine kernreiche Beschaffenheit.

CHIARI.

69) **Miecyslaw Gantz** (Warschau). **Zur Frage der Recurrenslähmung bei Herzfehlern.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1906.*

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur berichtet Autor in extenso die Krankengeschichte eines Falles, bei dem die klinische Untersuchung die Recurrenslähmung als Folge eines durch den hypertrophirten und erweiterten linken Vorhof verursachten Druckes ansprechen zu dürfen glaubte. Der Autopsiebefund ergab als Ursache der Lähmung eine beträchtliche Vergrösserung und starke Stauung der lymphatischen peribronchialen und peritrachealen Drüsen, die einen Druck unmittelbar auf den Nerven ausübten.

HECHT.

70) **S. v. Stein. Fall von reflectorischem nach Wunsch hervorgerufenem Spasmus der Larynxadductoren. (Slutschai reflectorus pa shelaniju wisiwaemawo spasma adduktorow gortani.)** *Jeshemespitschnik usch. gorl. nos. bolesnei. p. 143. 1906.*

Es handelte sich um eine Kranke, bei der ein Melanosarcom aus der linken Halsgegend entfernt war. Nach der Operation war die Athmung eine Zeit sehr erschwert. Nachher behielt Patientin eine schlechte Stimme. Schmerzen und Husten durch den Druck auf die linke Ohrgegend.

Wenn man einen Druck auf die l. Parotisgegend ausübt, erfolgt heiserer Husten mit Athemstillstand. Das rechte Stimmband unbeweglich in der Medianlinie.

Beim Laryngkosopiren sieht man, während des Druckes auf die bezeichnete Stelle, wie das linke Stimmband sich an das rechte schmiegt. Die Erweiterung der Stimmritze erfolgt nur langsam. Beim stärkeren Druck stellt sich krampfhaftes Zusammenziehen der Schlundmuskeln und Erbrechen ein. P. HELLAT.

71) **E. Meyer. Ueber congenitale Membranen im Kehlkopf.** *Charité-Annalen. Jahrg. 30. S. 664.*

Dem Referenten nicht zugänglich. KATZENSTEIN.

72) **Brecher** (Olmütz). **Operationen im Kehlkopfe.** *Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1906.*

Beschreibung der Technik, der Instrumente etc. in einem Vortrage für practische Aerzte. HANSZEL-CHIARI.

73) **Grossmann** (Wien). **Ein Fall von Kehlkopfcarcinom.** *Wien. med. Wochenschrift. No. 48. 1906.*

Endolaryngeale Entfernung des Tumors, darauffolgende Röntgenbehandlung, seit mehr als 2 Jahren recidivfrei. CHIARI.

74) **O. Muck** (Essen a. d. R.). **Ein mit der Moritz Schmidt'schen Kehlkopfzange aus der Luftröhre entferntes grosses Knochenstück.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1906.*

Bezugnehmend auf die Publication Lange's, der wegen der zu grossen Biegsamkeit des Schmidt'schen Instrumentes das vordere, aus einer Spirale bestehende Stück der Zange durch ein starres Rohr ersetzte, macht Muck gerade auf den Vorzug dieser Biegsamkeit aufmerksam, die es ihm ermöglichte, dem biegbaren Stücke der Zange eine starke Krümmung zu geben und dadurch einen unter dem ersten sichtbaren Trachealring sitzenden Fremdkörper (plattes Knochenstück) unter Vermeidung der Tracheotomie intralaryngeal zu extrahiren. Der Fall ist in Kürze berichtet. HECHT.

75) **Pomorski. Tracheotomie bei Entfernung eines Trachealfremdkörpers. (Tracheotomia z powork ciala obcego w tchawicy.)** *Noviny Lekarskie. No. 12. 1906.*

3$^1/_2$ jähriges Mädchen aspirirte eine Säbelbohne in die Luftröhre. Die Untersuchung ergab am nächsten Tage schwere Athemnoth, Fieber und begrenzte Erscheinungen eines Lungenherdes in der rechten interscapulären Gegend. Am 3. Tage wurde die Tracheotomie ausgeführt und die Bohne unter kräftigem Husten herausgeworfen. A. v. SOKOLOWSKI.

76) **v. Hacker** (Graz). **Schleimhaut- und Knorpelplastik bei Stenose der Luftröhre infolge von Sklerom.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1906.*

In einem Falle wurde nach Excision der Skleromwucherungen im subglottischen Raume Lippenschleimhaut implantirt und ausserdem eine Chondro-

plastik aus dem Schildknorpel vorgenommen. Es kam zur Ausheilung. Ein Jahr nach der letzten plastischen Operation wurde von der laryngologischen Klinik in Graz constatirt, dass das Lumen des Kehlkopfes gegen früher weiter ist, an Stelle der wahren Stimmbänder fungiren die Falten der implantirten Schleimhaut. An der vorderen Laryngotrachealwand zunächst eine glatte Fläche, weiter abwärts die Ringe. Die interessante Arbeit ist im Original nachzulesen!

CHIARI.

77) **Pieniazek. Compression der Luftröhre nach Wirbelabscessen.** *Wien. med. Wochenschr. No. 27. 1906.*

Erörterungen der Schwierigkeiten dieser Diagnose an der Hand eines Falles. Bei Wirbelabscessen, welche die Trachea comprimiren, kann das Einführen des Oesophagoskops oder einer Oesophagus-Bougie bis in die comprimirte Speiseröhre hinein eine vollständige Compression der Luftröhre momentan verursachen.

CHIARI.

78) **Heinrich Wichern** und **Fritz Loening** (Leipzig). **Ueber Verlagerung des Kehlkopfes und der Luftröhre bei verschiedenen Erkrankungen der Brustorgane.** *Mit 3 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1906.*

In weiterem Ausbau der Curschmann'schen Mittheilungen berichten die Autoren über 13 Fälle, bei denen theils durch Druck-, theils durch Zugwirkung entsprechende Verlagerungen nachgewiesen werden konnten. 3 Fälle betrafen Mediastinaltumoren (Sarkome), 2 Fälle grosse pleuritische Exsudate, 6 Fälle Pneumothorax, 2 Fälle waren durch intrathoracische Schrumpfungsvorgänge bedingt. Die Krankengeschichten sind in extenso angeführt und epikritisch besprochen.

HECHT.

f. Schilddrüse.

79) **H. Cristian** und **E. Kummer** (Genf). **Ueber functionelle Hypertrophie überpflanzter Schilddrüsenstückchen beim Menschen.** *Mit 5 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1906.*

Eingehender Bericht über einen einschlägigen Fall unter vorwiegender Erörterung der pathologisch-anatomischen Seite. Autoren kommen auf Grund ihrer Beobachtung zu dem Schlusse, dass „es mit der Methode der Schilddrüsenpfropfung möglich ist, beim Menschen neue Schilddrüsenorgane zu erzielen, die sich nicht nur auf die Dauer erhalten und functioniren, sondern die sich auch nach und nach vergrössern, so dass kleine Pfröpflinge mit der Zeit zu Neu-Schilddrüsen (Glandulae neothyreoideae) von ansehnlicher Grösse auswachsen".

HECHT.

80) **George P. Muller. Die Pathologie der Schilddrüsenkrankheiten. (The pathology of diseases of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1906.*

Die verschiedenen Affectionen der Schilddrüse sollten klinisch eingetheilt

werden in Hypertrophien, Tumoren, Cysten und Entzündungen. Diese Haupttypen erhalten gewisse Unterabtheilungen, die am Ende der Arbeit gruppirt sind und deren Beziehungen zu einander besprochen sind. LEFFERTS.

81) **W. Gilman Thomson. Morbus Basedowii. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Juni 1906.*

Th. berichtet über seine letzten 75 Fälle; in den meisten fand sich neben Kropf, Tachycardie, Exophthalmus und Tremor ein febriler Zustand und Herzdilatation, Dyspnoe, Angina pectoris, Oedem der Beine, Erythem und ausgesprochene Neigung zum Schwitzen. Das Fieber kann bis zu 104° F. steigen und mehrere Wochen anhalten. Am markantesten waren die Symptome während gewisser acuter Exacerbationen, die dann und wann im Laufe der Erkrankung einsetzten. Der Verlauf dieser acuten Symptome wurde durch das neue Serum beeinflusst, das für die Behandlung der Krankheit präparirt worden war.

Th. glaubt, dass die Entwickelung acuter Symptome oft angezeigt werden kann durch eine Amygdalitis, Bronchitis, Influenza oder gastrointestinale Störungen. Solche Zufälle afficiren Basedowkranke erheblich mehr als Gesunde und die Tonsillen schienen insbesondere eine Verschlimmerung herbeizuführen. Unter gewissen Umständen, meint er, besonders bei hohem Fieber können diese acuten Manifestationen der Basedow'schen Krankheit irrthümlich für acute Septikämie, maligne Endocarditis und andere mehr oder minder dunkle Affectionen gehalten werden und sind auch dafür gehalten worden. LEFFERTS.

82) **Mayer** (Löffingen). **Beitrag zur Serumbehandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 49. 1906.*

Bericht über einen mit Antithyreoidinserum Moebius erfolgreich behandelten Fall. HECHT.

83) **B. J. Curtis. Resultate der chirurgischen Behandlung des Basedow. (The results of the surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1906.*

C. beobachtet, dass die Opposition gegen die chirurgische Behandlung wächst, obwohl die nicht chirurgischen Maassnahmen einschliesslich der Sera und der X-Strahlen nicht sehr erfolgreich gewesen sind. Er glaubt, dass die chirurgische Behandlung in schweren Fällen Platz greifen solle, die einer medicamentösen widerstanden haben; aber sie solle auch nicht zu lange hinausgeschoben werden, um die Chancen nicht zu verschlechtern. Gewiss soll nicht immer gleich in jedem Falle operirt werden, um so weniger, als auch ohne chirurgischen Eingriff Erfolge erzielt werden können und dieser nicht ungefährlich ist.

In Betracht kommen die partielle Thyreoidectomie und die Exstirpation der cervicalen sympathischen Nerven und der Ganglien. Unterbindung der Thyreoideagefässe hat nur einen palliativen Erfolg und ist vortheilhaft als Präliminaroperation der Thyreoidectomie. Die Entfernung des cervicalen Sympathicus hat Jonnesco eingeführt in der Hoffnung, eine Thyreoidvergiftung zu verhindern, aber C. hat sie keine besseren Resultate ergeben als die Thyreoidectomie. Es ist rathsam, die Ligatur der Arterien als Präliminaroperation vorzunehmen. LEFFERTS.

84) **Hunziker** und **Pfister** (Basel). **Ueber Knochenbildung in Strumen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 82. 1906.*

Unter 194 Kröpfen fand sich in 67 Fällen mehr weniger ausgedehnte Verkalkung, darunter in 11 Fällen stellenweise echte Knochenbildung. Diese scheint an voraufgehende Verkalkung gebunden und ist als das Product einer Metaplasie des Bindegewebes anzusehen.

SEIFERT.

g. Oesophagus.

85) **Vollbracht** (Wien). **Zur Kenntniss des Schluckmechanismus bei Cardiospasmus.** *Wiener med. Wochenschr. No. 35—37. 1906.*

Besprechung der Aetiologie und Symptomatologie der Oesophagusdilatation an der Hand der Literatur und eines selbst beobachteten Falles. Es handelt sich um einen Cardiospasmus mit Dilatation des darüber gelegenen Oesophagusantheiles. Das Schluckmanöver bei diesem Patienten besteht aus zwei Theilen, erstens aus dem practisch verwertheten Valsalva'schen Versuch, zweitens darin, dass er immer bei geschlossener Glottis soviel Luft in den Oesophagus schluckt, bis durch den Druck in der Speiseröhre der Widerstand an der Cardia überwunden ist und die Speisen unter lautem Geräusch in den Magen gelangen. Die Radioskopie ist in diesen Fällen von grosser Bedeutung.

CHIARI.

86) **Koelliker** (Leipzig). **Zur Technik der Oesophagoskopie (ein neues Oesophagoskop).** *Centralbl. f. Chirurgie. Bd. 1. 1907.*

Die Instrumente zur Oesophagoskopie werden nach Anästhesie mit 5 proc. Cocain resp. 5—10 proc. Eucainlösung theils in Form von geraden starren Tuben mit Mandrin (geknöpften Bougies), theils als elastische Tuben mit 13 oder 11 mm Lichtung eingeführt. Die vollkommene Streckung des elastischen Tubus erreicht man am einfachsten, wenn man unter Rückwärtsbengung des Kopfes den geraden Strecktubus in den elastischen Theil einführt.

SEIFERT.

87) **Zesas** (Lausanne). **Beitrag zur chirurgischen Behandlung des Speiseröhrendivertikels.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 82. 1906.*

In den 42 bisher veröffentlichten Fällen wurde 34 mal durch Operation Heilung erreicht. Die zur primären Heilung der Naht nothwendige Ruhestellung des Mundgebietes erreicht man bei kräftigen Patienten durch Ernährung per rectum, bei schwachen Patienten durch die Magenfistel.

SEIFERT.

88) **Herm. Zahn** (Halle a. S.). **Ein zweiter Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ecchondrose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Kurze Mittheilung der Krankengeschichte und ausführlicher Sectionsbericht.

HECHT.

89) **Franke** (Braunschweig). **Der seitliche Halsschnitt (Tracheolotomia externa) zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre ohne deren Eröffnung.** *Centralbl. f. Chirurgie. Bd. 50. 1906.*

In einem Falle, wo ein Mann sein künstliches Gebiss verschluckt hatte, ge-

lang es nach Freilegung der Speiseröhre vom Halse aus, ohne sie zu öffnen, das Gebiss nach oben zu schieben und vom Mund aus zu entfernen. SEIFERT.

90) **James Bell. Ein Fall von Carcinom des oberen Theiles des Oesophagus mit Perforation in die Trachea. (A case of carcinoma of the upper end of the oesophagus with perforation into the trachea.)** *Montreal Medical Journal. August 1906.*

Es handelt sich um eine 32jährige Frau. EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Onodi** und **A. Rosenberg. Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens.** Verlag von Oscar Coblentz. Berlin 1906. 468 Ss.

In der Meinung, dass für die Ausbildung der Aerzte in der Rhinologie eine genügende Anzahl von Lehrmitteln in untersuchungstechnischer und diagnostischer Beziehung vorhanden sei, dass es für das therapeutische Lernen aber an einem geeigneten Lehrbuche fehle, haben die Verfasser das vorliegende Werk herausgegeben. Sie haben zwar selbst das Gefühl gehabt, dass der Kampf der Meinungen gerade auf dem Gebiete der rhinotherapeutischen Behandlungslehre im letzten Decennium ein besonders lebhafter gewesen ist, so dass die lehrbuchmässige Festlegung den provisorischen Charakter nicht ganz verleugnen kann, haben aber in geschickter Weise verstanden, ihren eigenen Standpunkt, der als ein gemässigt conservativer bezeichnet werden muss, sorgfältig zu wahren, ohne dem Buch den bestimmten Charakter einer eigenen Persönlichkeit aufprägen zu wollen. Es sind in dem Buche fast alle ehemaligen und modernen Behandlungsmethoden erwähnt, mit dem Bemühen, dem wenig Erfahrenen durch eine vorsichtige Kritik der nicht gebilligten Methoden den rechten Weg zu weisen, ihn speciell auch vor einer unnützen Vielgeschäftigkeit in der Nase zu warnen.

Der allgemeine Theil enthält nichts, was nicht jeder Arzt unterschreiben könnte. Im speciellen Theil werden die Anomalien der Nase, die Krankheiten des Naseneingangs, der Katarrh (auch bei Infectionskrankheiten), Verletzungen der äusseren Nase, Nasenscheidewandverbiegungen, Fremdkörper und Rhinolithen und die Erkrankungen der Nebenhöhlen, endlich die Neubildungen und die Nervenstörungen in therapeutischer Beziehung besprochen. Der illustrative Theil ist ungleich ausgefallen, neben den schon aus Onodi's berühmtem Atlas bekannten schönen Abbildungen, die hier zahlreich reproducirt werden und einen unverhältnissmässig breiten Raum einnehmen, finden wir die anatomischen Darstellungen der inneren Nase zu gering an Zahl und an Mannigfaltigkeit. — Die Namen der Verfasser und der wissenschaftliche Ernst ihrer Persönlichkeit sind von vornherein eine genügende Bürgschaft dafür, dass auch der unkritische Leser, der noch nicht über eigene Erfahrungen verfügt, nicht in die Irre geführt wird. Das Buch ist frei von persönlicher Eitelkeit und unnützen Autornamen, es finden sich in ihm keine Gefälligkeitsaccepte auf gegenseitige Versicherung einer kleinlichen Publi-

cistenberühmtheit. Die buchmässige Darstellung der Behandlungsmethoden kann schon des Gegenstandes wegen keine ganz objective und keine ganz vollständige sein; so weit es aber möglich ist, innerhalb der eben noch umstrittenen Fragen, wie z. B. der operativen Methoden bei der Behandlung der Nebenhöhlen, ein festes Urtheil abzugeben, ist es den Autoren geglückt, den radicalen Standpunkt ebenso wie den allzu ängstlichen, unchirurgischen und kleinen Specialismus zu vermeiden.

Einige Einzelheiten aus dem Werke mögen noch erwähnt werden. Die Nachbehandlung bei der einfachen Galvanokaustik der Muschel ist eine ungewöhnlich active, alle zwei bis drei Tage wird der Patient insufflirt, das Nasenloch mit Watte verstopft, die geschwollene Schleimhaut mit Cocain gepinselt, zu Hause mit Adrenalinlösung besprayt. Nach meiner eigenen Erfahrung habe ich früher nur dann eine operative Angina lacunaris erlebt, als ich mit Methylenblau und später mit anderen Antisepticis die geätzte Nase zu oft berührt habe; mir scheint eine häufige Berührung der gesetzten Brandwunde die örtlich vorhandene persönliche bactericide Widerstandskraft zu schädigen. Selbst die regelmässige künstliche Entfernung des fibrinösen Aetzschorfes hat sich nicht immer als nöthig erwiesen.

Bei der Tamponade ist sorgfältige Vorsicht wegen der Ohren stets hervorgehoben, bei den Paraffininjectionen dagegen das häufige Missgeschick Verschleppung kleiner Theile, später Aufsaugung und Embolie vielleicht nicht eindringlich genug hervorgehoben, speciell die Vernichtung manchen temporären Erfolges durch die Zeit.

Die Behandlung der Kieferhöhlenerkrankungen ist in jeder Hinsicht vollkommen dargestellt, bei den einfachen Anbohrungen vom Zahnfortsatz aus wird eine Stiftprothese stets für nothwendig gehalten, eine Complicirung und Vertheuerung, die Referent für überflüssig hält.

Von der Fossa canina aus mit Trephinen zu bohren, ist untechnisch und schwierig, Fraise und Bohrer arbeiten besser; dass der Nachtheil dieser Methode hauptsächlich in einem nachträglichen Oedem besteht, das die Oeffnung nicht wieder auffinden lässt, hätte erwähnt werden können. Bei der Abbildung der Luc'schen Kieferhöhlenoperation ist die nasale Oeffnung zu klein ausgefallen, wenigstens macht Luc selbst in den letzten Jahren eine daumengrosse Oeffnung in der Nasenwand. Bei der Keilbeinhöhle wird das Hajek'sche endonasale Verfahren bevorzugt. Die Complicationen der verschiedenen Empyeme sind in mustergültiger Weise aufgezählt. Die Besonderheit der Stirnfisteln der Vorderwand hat nicht bloss Botey beobachtet, sondern Referent z. B. auch im Archiv für Laryngologie publicirt. Die Erwähnung der endonasalen operativen Heilung von sogen. Stirnhöhlenmucocelen habe ich vermisst. Die Operation an entzündlichen Mandeln wird mit Recht verworfen; der Wundscharlach nach Adenotomie ist von Rosenberg selbst beobachtet worden; die Leukämie wird als eine absolute Contraindication der Mandeloperation angesehen, hauptsächlich wegen der Blutung. Die zwei von Burger und Zarniko beobachteten Fälle von schwerer Blutung bei Leukämie beziehen sich auf Kinder, bei Erwachsenen scheint dem Referenten eine zeitweise Besserung durch Operation herbeizuführen möglich, da er sich eines

Falles erinnert, der nach mehrfacher Operation erst im fünften Jahre seiner Leukämie erlag. Das Dunbar'sche Serum hat nach der Ansicht der Autoren keine Dauererfolge aufzuweisen, sei aber bei Heufieber von keinem anderen Mittel bis jetzt übertroffen. Ein „Ortswechsel" dem Heufiebernden kurzweg zu empfehlen (S. 452) ist nicht angängig, man hätte die pollenfreien Zeiten für die einzelnen Ort- und Höhenlagen erwähnen müssen. — Doch das sind nur Kleinigkeiten, die den Werth des Buches nicht beeinträchtigen. Die Leser des Centralblattes werden kaum etwas Neues darin finden, doch wird es ihnen wegen der Vollständigkeit in den Angaben, speciell bei den seltenen Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen, wo der Einzelne doch über keine grosse Erfahrung verfügt, nützliche Dienste leisten. Das ganze Werk ist ein schönes Beispiel von hervorragendem Fleisse, wissenschaftlichem Ernste und allgemeinärztlicher Besonnenheit.

Avellis (Frankfurt a. M.).

b) Heryng. Untersuchungsmethoden und locale Therapie der Kehlkopfkrankheiten. Mit 137 Zeichnungen und 3 Taf. Warschau 1906. 380 Ss.

Das Werk, welches hauptsächlich und speciell der localen Kehlkopftherapie gewidmet ist, wird mit einem Grundrisse der Anatomie und Untersuchungsmethoden des Larynx eingeleitet. Der specielle zweite Theil enthält genaue Beschreibung von verschiedenen nichtoperativen Methoden, wie: Inhalationen, Gurgeln, Einspritzungen, Insufflation, caustischen Mitteln, Galvanisation, Faradisation, Galvanocaustik, Massage u. s. w. Ganz besonders werden vom Verf. die verschiedenen Inhalationsmethoden besprochen und zwar auf Grund eigener Erfahrung mittelst des von ihm construirten sogen. Thermoregulators und Thermoaccumulators. Im dritten, welcher den wichtigsten Theil der Arbeit darstellt, wird die operative Laryngochirurgie auseinandergesetzt. In diesem Theile werden die verschiedenen Methoden der localen Anästhesie, Aseptik und Antiseptik beschrieben; weiter die Indicationen, Contraindicationen zu operativen Eingriffen, postoperative Behandlung und genaue Beschreibung der Kehlkopfinstrumente angegeben.

Das Heryng'sche Werk, welches ein werthvolles Handbuch für jeden Laryngologen bildet, stellt, wie Verf. sagt, eine Einleitung zu demnächst folgender specieller Pathologie des Kehlkopfes dar. Das Werk wurde auch gleichzeitig in deutscher Sprache publicirt. (Siehe Besprechung Centralbl. für Laryng. 1905. p. 493.)

A. Sokolowski.

c) Ensch (Schärbeck). **Untersuchung der Nasenathmung und des Gehörs in der Schule. Ein weiterer Beitrag zur Schularztfrage.** Uebersetzt von König (Konitz). Bresgen's Sammlung zwangl. Abhandl. u. s. w. 9. Februar 1907. Marhold, Halle a. S.

König hält zur weiteren gedeihlichen Entwickelung der schulärztlichen Bewegung die Anstellung weiterer Schulärzte und Schulspecialärzte, darunter Otiater, für unbedingt erforderlich, da seine Untersuchungen der Hörschärfe unserer Schulkinder ein unerfreuliches Resultat gezeitigt.

E. bringt den Abdruck eines Belehrungsblattes, wie es die Gemeinde Schärbeck an die Eltern der in die Schule eintretenden Kinder vertheilt und liefert den

Nachweis der Häufigkeit krankhafter Störungen der Nase und des Gehörs bei den Schulkindern.

Bei jedem Kinde, das schlecht hört oder an Nasenverstopfung leidet, soll eine Diagnose gestellt werden und die Eltern sollen davon benachrichtigt werden. Am besten übernähme der Specialarzt gleich die Behandlung und um Nachtheil vorzubeugen, wäre es am richtigsten, schon die noch nicht schulpflichtigen Kinder vierteljährlich zu untersuchen, da meist das Unglück bereits geschehen ist, wenn sie in die Schule kommen. A. Rosenberg.

d) **Hermann von Schrötter. Klinik der Bronchoskopie.** Mit 4 Tafeln und 72 Abbildungen im Texte. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1906. 688 Ss.

In dem vorliegenden ausführlichen Werke giebt der Verf. eine zusammenfassende Darstellung aller der Erfahrungen, welche er bezüglich der Tracheobronchoskopie an dem reichen Material der III. medicinischen Universitätsklinik in Wien gesammelt hat.

Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil, von denen der erste (96 Seiten) im Vergleiche zum zweiten leider etwas zu kurz gekommen ist. Nach einer kurzen historischen Einleitung folgen Bemerkungen zur Technik der Tracheobronchoskopie, in denen in klarer, übersichtlicher Weise, auf Grund eigener, reicher Erfahrung fast alles Wissenswerthe erörtert wird. In den meisten Dingen kann Ref. sich den Schlussfolgerungen des Verf. aus eigener Anschauung anschliessen, nur scheint v. Schr. die Gefahren, die die Bronchoskopie bedingen kann, doch etwas zu gering einzuschätzen; so sah Ref. in einem Fall hochgradigster Trachealstenose in Folge von Sarcom der Schilddrüse sofort nach der Bronchoskopie einen schweren Suffocationsanfall eintreten, der wohl nur auf die vorgenommene Untersuchung bezogen werden konnte und sofortiges, operatives Eingreifen nöthig machte; in einem andern Fall, betr. einen $3^1/_2$ jährigen Knaben mit Lungengangrän, beobachtete er ein Kehlkopfödem.

Zu den die Endoskopie erschwerenden Umständen rechnet Verf. gut entwickelte Schneidezähne, Lordose der Halswirbelsäule, Kieferklemme, Narben und Ulcerationen im Kehlkopf, Hustenreiz, Schleimproduction, Erkrankungen, die den Pat. am Einnehmen der geeigneten Position hindern, endlich ungünstiger Allgemeinzustand; aber alle diese Hindernisse sind mit technischer Uebung zu überwinden oder zu umgehen. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei die Körperhaltung des zu Untersuchenden. Schr. empfiehlt in Uebereinstimmung mit Killian und seinen Schülern die Ausführung der Endoskopie am sitzenden Patienten, nur bei Narkose und bei besonderen anatomischen Verhältnissen bietet die Untersuchung in liegender Stellung Vortheile.

Ausführlicher als die Technik der unteren directen Tracheobronchoskopie erörtert der Autor die Frage Anästhesie und Narkose. Er betont mit Recht, dass man fast immer mit der Localanästhesie auskomme, die durch Cocain oder auch eines der neueren Anaesthetica herbeigeführt wird. Er hält die Pinselung des Kehlkopfes für besser als die Instillation (eine Erfahrung, die Ref. nicht bestätigen kann) und empfiehlt für den gegenüber der Tracheobronchialschleimhaut empfindlicheren Kehlkopf stärkere (20—25 pCt.), für die tieferen Theile schwächere

(ca. 10 pCt.) Lösungen. Gegenüber der Frey'schen Methode der Anästhesie des Kehlkopfes durch Injection von aussen verhält sich Schr., wie Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen kann, mit Recht skeptisch.

Die allgemeine Narkose verwirft Schr. vollständig in allen den Fällen, in denen die Bronchoskopie zur Diagnose oder als orientirendes Hülfsmittel zur Einleitung anderer Verfahren benutzt wird, während er zugiebt, dass wir der Narkose zu operativen Eingriffen, namentlich bei Kindern, nicht ganz entrathen können. Auch bei Erwachsenen kann die Narkose nothwendig werden, weil sie den Widerstand der Mundrachenhöhle fast ganz auszuschalten vermag. Die Combination localer Anästhesie mit der Narkose empfiehlt der Autor als besonders geeignet.

Das von Schr. beschriebene Instrumentarium stimmt im Wesentlichen mit den Killian'schen überein. Das 1906 von L. von Schrötter nach dem Princip des leuchtenden Glasstabes construirte Bronchoskop scheint dem Ref. eine erhebliche Vereinfachung der Untersuchung herbeizuführen, es war demselben aber bisher noch nicht zu Versuchen zugänglich.

Bezüglich der Erlernung der Endoskopie der Luftwege verwirft der Autor den Gebrauch von Phantomen fast vollständig, Leichenübungen hält er für die Erlernung der Technik eher für geeignet, wenn auch die Beherrschung der Technik nur am lebenden Menschen gewonnen werden kann. Nur die eigene Uebung lehrt uns die endoskopischen Methoden anwenden, niemals eine Abrichtung durch andere.

In dem letzten, 9. Kapitel des allgemeinen Theiles werden die Indicationen und Contraindicationen besprochen. Eine Contraindication aus technischen Gründen giebt es für die Inspection der Trachea und der grossen Bronchien nicht, auch das Alter bedingt kein Hinderniss für die Anwendung der Methode, bei ganz kleinen Kindern, wie bei Greisen ist dieselbe ausführbar, nur muss sie bei jüngeren Personen wegen der geringeren Festigkeit der Trachea und der Bronchien, bei Greisen wegen der Gefahr latenter Sklerose der Aorta besonders vorsichtig ausgeübt werden. Acut entzündliche Processe des Larynx und Pharynx contraindiciren die Endoskopie im Allgemeinen, ebenso bedrohliche Athemnoth, bei der man besser erst nach der Tracheotomie die directen Methoden anwendet, und das Aortenaneurysma, während compensirte Herzfehler nach v. Schr. keine Contraindication abgeben.

Contraindicationen für die untere Bronchoskopie existiren, abgesehen von Erkrankungen der Aorta oder Aneurysmen, nicht.

Im zweiten „speciellen Theil“ folgt auf eine kurze Einleitung ein Kapitel über das endoskopische Bild der Trachea und der Bronchien, das besonders wegen seiner reichen physiologischen und pathologischen Beobachtungen über die Bewegungen des Bronchialbaumes bei Respiration und Pulsation eingehendes Studium erfordert.

Auch die folgenden Kapitel über Bronchitis, Bronchiektasie und Lungenabscess mit einem Anhang über Asthma bronchiale, über die specifischen Entzündungsprocesse (Tuberculose, Syphilis, Sklerom, Lepra, Aktinomykose, mit Anhang Echinococcus), über Tumoren der Trachea und Bronchien, über die Be-

ziehungen des Bronchialbaumes zum Aneurysma, über Fremdkörper und über Pleuroskopie sind wegen des unendlichen Reichthums an Material für eine kurze Besprechung nicht geeignet, sie erfordern eingehendes Studium. Die Fülle des beigebrachten Materiales ist so gross, dass sie etwas erdrückend wirkt. Es wäre daher für die Uebersichtlichkeit des mit so enormem Fleiss gearbeiteten Werkes vortheilhafter gewesen, wenn die Krankengeschichten etwas mehr gekürzt wären. Noch zwei Punkte möchte ich erwähnen, die sich vielleicht bei einer Neuauflage vermeiden liessen, die allzu häufig betonte Priorität für Beobachtungen von L. und H. von Schrötter, die niemand in Zweifel gezogen hat und der allzu häufige Hinweis auf noch nicht abgeschlossene oder sogar noch nicht begonnene Arbeiten. Diese Fehler des gross angelegten Werkes verschwinden aber vollständig im Vergleich zu seinen Vorzügen, die ganz besonders in der Fülle des Gebotenen, in der klaren Disposition, in der Verwerthung der gemachten Erfahrungen und zahlreichen neuen Anregungen bestehen. Wenn wir die Klinik der Bronchoskopie auch noch nicht als ein abgeschlossenes Ganzes betrachten können, so hat uns Hermann von Schrötter doch in seinem verdienstvollen Werk den Beweis erbracht, dass die Endoskopie der Luftwege nicht nur in diagnostischer und therapeutischer Richtung Grosses zu leisten im Stande ist, sondern auch geeignet erscheint, der wissenschaftlichen Forschung neue Wege zu weisen und neue Hülfsmittel zu bieten.

Durch die Ausstattung des Werkes, besonders durch die vorzügliche Ausführung der beigefügten, künstlerisch entworfenen Tafeln hat die Verlagsbuchhandlung Gustav Fischer in Jena sich ein neues Ruhmesblatt erworben.

Edmund Meyer (Berlin).

---

e) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte zu Leipzig.

Sitzung vom 3. November 1906.

Dallmann (als Gast): Vorstellung eines Falles von traumatischem Stirnhöhlenempyem. Radicaloperation nach Grunert. Gutes kosmetisches Resultat.

Lauffs: Demonstrirt einen Fall von Sinusverjauchung bei einem 13jährigen Mädchen, wo Nackensteifigkeit und Schmerzen in Höhe der ersten zwei Rippen Anfangs auf gleichzeitig bestehenden Gelenkrheumatismus bezogen wurden, an welchem das Kind früher schon gelitten hatte.

Die Operation zeigte, dass es sich neben der Sinusverjauchung um einen peribulbären Abscess handelte, der sich aus dem Bulbus entleerte. Die nicht thrombosirte Jugularis interna wurde unterbunden.

Kind jetzt, ausser einer ganz kleinen, noch nicht übernarbten Stelle im Ohr, geheilt.

Barth stellt einen Fall von kaltem Abscess des knorpligen Septum nar. vor, welcher entstanden ist im Anschluss an ein vor drei Wochen von der Nase ausgehendes Erysipel.

Sitzung vom 9. Februar 1907.

Bischoff: Kehlkopffractur durch Hufschlag.

Fahrer Z. (Artillerie-Regt. 68) erlitt am 16. Mai 1906 einen Hufschlag gegen das Kinn und die linke Halsseite. Er verlor das Bewusstsein nicht, hustete Blut; die Stimme war sofort tonlos. Nach 2 Stunden stärkere Athembeschwerden; Emphysem an der linken Halsseite bis herab zum Schlüsselbein. Dann Zunahme der Athemnoth. Luftröhrenschnitt. Am 3. Tage geringe Temperatursteigerung. Bronchitis. 23. Mai Entfernung der Canüle. 31. Mai starke Schwellung der Taschenbänder und Kehlkopfdeckel-Giesskannenknorpelfalten, so dass die Stimmlippen selbst nicht erkennbar sind. 6. Juni: Das linke Stimmband bleibt beim Athmen und Anlauten unbeweglich. Bis heute mehrfache Incisionen wegen Osteomyelitis des Schlüsselbeins und der 1. Rippe nothwendig. Abstossung mehrerer Sequester.

Jetziger Befund: Tracheotomienarbe reactionslos. Die linke Stimmlippe steht in der Mitte zwischen Phonations- und Respirationsstellung. Die vordere Kehlkopfwand ist nach innen vorgewölbt und bildet mit der Hinterwand einen schmalen Spalt. Bei der Phonation legt sich das rechte Stimmband an das linke an und zwar kommt die rechte Arygegend hinter die linke zu liegen, so dass das linke Stimmband verschmälert und verkürzt erscheint. Die Stimme ist auffallend tief, aber nicht heiser. J. hat früher II. Tenor und I. Bass gesungen; er singt jetzt von c bis C, trifft aber die Töne schlecht; Athemnoth besteht nicht. Der Hufschlag hat den Ringknorpel betroffen, wahrscheinlich auch zu einer Zerreissung des linken Aryknorpels bezw. zu einer Luxation geführt.

Barth stellt einen 11 jährigen Knaben mit Papillom des Kehlkopfes vor, welcher mit Radiumbestrahlung behandelt und später wieder gezeigt werden soll.

Trautmann zeigt ein stereoskopisches Bild und ein mikroskopisches Präparat eines Nasentumors von einem 12 jährigen Knaben stammend. Der Tumor, welcher von frühester Jugend bestanden haben, aber erst in der letzten Zeit auffallend gewachsen sein soll, sass nahe am rechten Naseneingang an der äusseren Wand, fast im Winkel zwischen Septum und Nasenflügel breitgestielt auf. Er war von eiförmiger Gestalt und machte makroskopisch den Eindruck eines derben Fibroms mit papillomatöser Oberfläche. Dem entspricht auch das mikroskopische Bild.

Barth zeigt ein Präparat, welches das Resultat eines gut verheilten Kehlkopfes darstellt nach Totalexstirpation wegen Carcinom vor $2^1/_2$ Jahren. Tod an Drüsenmetastasen.

Lauffs: Mittheilung eines Falles hochgradiger zottenartiger Pachydermie des rechten Stimmbandes. Die erkrankten Stellen mit Doppelcürette entfernt.

Barth.

[In beiden Sitzungen erfolgte ausserdem noch eine Anzahl von otologischen Mittheilungen, die nicht in das Referatsgebiet des Centralblatts fallen. Red.]

f) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Mai 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.

O. Chiari stellt zwei Fälle vor, bei denen die radicale Stirnhöhlenoperation nach Killian mit gutem Erfolge ausgeführt wurde.

Harmer zeigt einen Patienten mit einer Schnittwunde, welche den Kehlkopf eröffnete (Tentamen suicidii). Dadurch, dass der quere Schnitt schief gegen die Haut geführt wurde, hat sich der untere Wundrand eingerollt und ist nun dieser eingerollte Hauttheil mit Haaren besetzt laryngoskopisch im subglottischen Raume zu sehen.

Discussion: Heindl meint, dass nach primärer Naht langdauernde Nachbehandlungen wegfielen. Harmer und Weil sprechen sich vom Standpunkt der Chirurgie dagegen aus.

Glas: 38jähriger Patient mit diffuser Tuberculose der Mundschleimhaut, bei welchem möglicherweise die Wunde nach einem extrahirten Zahne die Gelegenheitsursache für die Infection abgab.

Zu diesem Falle sprachen Chiari, Roth, Hajek, Läufer, Weleminsky und Réthi, welcher vor mehreren Jahren einen Fall von Tuberculose der Kieferhöhle publicirte, welche Erkrankung sich unzweifelhaft einer Zahnextraction anschloss.

Glas: Patientin mit klinisch primärer Tuberculose der linken Gaumentonsille.

Hirsch: Zwei Fälle von chronischem Empyem der Keilbeinhöhle, operirt nach der im XVI. Bd. des Arch. f. Laryngol. von Hajek angebenen Methode. Hajek erörtert einige Details seiner Methode.

Discussion: Fein hat mit dieser Methode vorzügliche Resultate erreicht.

Weil: 1. 22jährige Frau mit ausgedehntem Lymphangioma cavernosum der hinteren Rachenwand.

2. 20jähriges Mädchen mit Trachealstenose nach Tracheotomie. Es besteht nur geringe Schilddrüsenschwellung.

Hierzu sprechen Hajek und Chiari, die in einem Falle mit der Tubage Erfolg hatten, Heindl, der auf die Gefahren einer etwa in Frage kommenden Resection des narbigen Trachealtheiles in diesem Falle aufmerksam macht, und Weil, der an die Anwendung von Thiosinamin dachte, doch wegen eventueller Reaction wieder Abstand nahm.

Sitzung vom 6. Juni 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.

Kahler: Zwei Fälle von Lepra mit Veränderungen in den oberen Luftwegen.

Discussion: Grossmann macht einige diagnostische Bemerkungen.

Chiari stellt einen 36 jährigen Patienten vor, bei dem am 14. Mai die Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinom ausgeführt wurde.

Fein: Vorstellung eines Mannes, welcher vor $1^1/_2$ Jahren eine Schussverletzung der Nase und der Orbita erlitten hat. Vorzeigen von Röntgenplatten, wonach das Projectil zwischen rechter Orbita und Siebbein liegt. Keine Beschwerden.

Hutter demonstrirt ein Kehlkopfpräparat von einem an Masern gestorbenen Kinde, bei welchem es zu Schleimhautschwellung und Geschwürsbildung im Larynx kam. Diphtherie ausgeschlossen. Wegen Stenose musste die Tracheotomie gemacht werden. Pleuropneumonie.

Ein zweites Präparat stammt von einem einjährigen Kinde, das an Pneumonie gestorben war. An dem Präparat sieht man eine congenitale Hemmungsmissbildung, bestehend in mangelnder Verwachsung der Seitenplatten des Schildknorpels durch Fehlen der Lamina intermedia und in Spaltbildung des Schleimhautrohres im Bereiche der vorderen Commissur.

Grossmann hält einen Vortrag: Beitrag zur Lehre von der wechselseitigen functionellen Beziehung der Kehlkopfmuskeln untereinander.

Hierzu sprechen: Fein, Hajek und Weil.

Sitzung vom 7. November 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.

Chiari demonstrirt eine Patientin, bei welcher die Differentialidagnose zwischen Oberkiefercyste und Kieferhöhleneiterung einige Schwierigkeiten bot.

Hierzu sprechen Hajek, Réthi und Glas.

Kahler stellt einen beiderseits nach Killian operirten Patienten vor, dessen eine Stirnhöhle vor längerer Zeit nach Kuhnt operirt worden war. In dieser Stirnhöhle zeigten sich nun Polypenbildung und Granulationen, weswegen jetzt nach Killian operirt wurde. Die erstoperirte (Killian) Stirnhöhle, die durch eine Oeffnung im Septum interfrontale mit der anderen Höhle communicirte, erwies sich jetzt als verödet.

Glas: 11jähriger Knabe, bei welchem eine dentale Antritis orbitalwärts perforirte und zu einer Orbitalphlegmone führte. G. meint, dass es sich in diesem Falle um eine echte Antritis perforans handelt, welcher Ansicht sich Hajek anschliesst.

Glas: 1. Rhinolith aus der Regio olfactoria eines an Infraorbitalneuralgie leidenden Patienten.

2. Demonstration einer Anzahl von anatomischen Präparaten, welche die oft bestehende hochgradige Differenz in der Grösse und Ausbildung der Stirnhöhlen,

sowie Gestalt und Recessusbildung derselben und Verhalten des Septum interfrontale zeigen. Schlussfolgerungen in Hinsicht auf die operativen Eingriffe, vor denen stets radiologische Aufnahmen angefertigt werden sollten.

Menzel: Aetherverätzung des Kehlkopfes in der Narkose. Dichte weisse Beläge im Pharynx und Larynx und Röthung, sowie Schwellung, so dass an Diphtherie gedacht werden konnte. Hanszel-Chiari.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unter den Mitarbeitern des Centralblatts haben sich verschiedene Personalveränderungen vollzogen. Dr. Botey, dem wir für seine zehnjährige Thätigkeit unseren besten Dank sagen, hat sich wegen Ueberhäufung mit anderer Arbeit veranlasst gesehen, von der ständigen Mitarbeiterschaft zurückzutreten. An seiner Stelle wird Dr. Tapia (Madrid) die spanischen Referate besorgen. — Während Prof. Schmiegelow uns als Mitarbeiter für Dänemark und Norwegen erhalten bleibt, tritt Dr. E. Stangenberg (Stockholm) als Mitarbeiter für Schweden ein. — Ferner sind als weitere Mitarbeiter für Frankreich Dr. Gontier de la Roche (Toulon) und für Belgien Dr. Parmentier (Brüssel) eingetreten.

In der „Geschichte der Laryngologischen Vereine" etc. (Februarnummer 1907) war irrthümlicherweise angegeben worden (S. 49), dass Herr St. v. Stein zur Zeit Vorsitzender der Moskauer Oto-laryngologischen Gesellschaft sei. Herr v. Stein benachrichtigt uns, dass er nicht Mitglied der genannten Gesellschaft sei.

Die Otolaryngologie in den Niederlanden.

An der Universität Leiden ist ein Lehrstuhl für Oto-Rhino-Laryngologie, vorläufig noch ohne Klinik, errichtet, und Herr Privatdocent Dr. Th. L. Kan zum ausserordentlichen Professor ernannt worden. — An der Universität Amsterdam ist eine oto-laryngo-rhinologische Klinik von 20 Betten gestiftet und der Leitung Prof. H. Burger's unterstellt worden.

British Medical Association.

Seventy-Fifth annual Meeting, Exeter.
July 30th, 31st, and August 1st and 2nd, 1907.

Section of Laryngology, Otology and Rhinology.
President: Robert McKenzie Johnston, M.D., Edinburgh.
Vice-Presidents: George Jackson, F.R.C.S., Plymouth.
James Barry Ball, M.D., London.
Patrick William Maxwell, M.D., Dublin.

Dear Sir,

The Meeting of the British Medical Association will take place this year at Exeter on July 30th, 31st, and on August 1st and 2nd. The Section of Laryngology, Otology, and Rhinology will be held under the Presidency of Dr. McKenzie Johnston of Edinburgh.

Foreign and Colonial visitors will be cordially welcomed in the Section, and those who may desire to attend are requested to send in their names as soon as possible to the Honorary Secretaries, together with the titles of any papers they may wish to read.

The Section will meet on Wednesday, Thursday and Friday, July 31st, and August 1st and 2nd, at 10 a.m., adjourning at 1 p.m. each day.

The following subjects have been selected for special discussion:

1. Wednesday, July 31st. „The Differential Diagnosis of Tuberculous, Syphilitic and Malignant Disease of the Larynx." To be opened by Sir Felix Semon, K.C.V.O., and Dr. Jobson Horne.
2. Thursday, August 1st. „The Treatment of Chronic Suppuration of the Middle Ear without resort to the Mastoid Operation." To be opened by Dr. W. Milligan and Dr. W. Hill.
3. Friday, August 2nd. To be devoted to Papers.

Members are invited to contribute any preparations, specimens or drawings, or any instruments or apparatus pertaining to the work of the Section, which have been designed by themselves, in order that the Commitee of the Section may make arrangements to form a special exhibit of such objects.

It is hoped that Lantern Demonstrations may be given by Dr. Watson Williams on „The Anatomy of the Accessory Sinuses of the Nose", an by Dr. Milligan on „The Surgical Treatment of Labyrinthine Suppuration".

It will greatly facilitate the working of the Section, and ensure its success, if you will kindly let us know, at your earliest convenience, whether you wish to take part in the discussions, to read a paper, to contribute any object to the Exhibition, or to make any communication to the Section.

Titles of communications should be sent to us as soon as possible, and the papers themselves accompanied by an abstract of each, not later than May 30th, for reference to the Committee of the Section. No paper will be accepted for reading until it has been so sent in and approved. The offer of a paper will not be accepted on its title or its abstract alone. Offers of papers will not be accepted in excess of the number likely to be read.

Papers cannot be „taken as read." If not read they form no part of the Proceedings of the Section. The attention of intending contributors is directed to the Extract from Regulations for the conduct of Annual Meeting, which is printed at the foot of this notice.

We are, yours faithfully,

Charles Edward Bean, F.R.C.S.E.,
19, Lockyer Street, Plymouth.
Arthur Longley Whitehead, M.B.,
31, Park Square, Leeds.
Hon. Secs.

In order to save time and correspondence all communications relating to the exhibition of preparations, instruments, &c., may be addressed to Mr. C. E. Bean, 19, Lockyer Street, Plymouth; and all others relating to papers and discussions to Mr. A. L. Whitehead, 31, Park Square, Leeds, and marked „Section of Laryngology, Otology, and Rhinology."

Regulations for the Conduct of Sections.

1. Papers at the Sectional Meetings must not occupy more than fifteen minutes in reading, and no subsequent speech must exceed ten minutes.

2. Authors are requested to send short abstracts of their Papers not later than May 30th.

3. The text of Papers submitted for publication in the „British Medical Journal" as part of the report of the Section should represent what is actually read in the Section.

4. Each author should hand the text of his Paper in proper form for publication to on of the Secretaries of the Section immediately after it is read, or at the latest at the end of the day's meeting of the Section. Neglect to comply with this request may result in the omission of the Paper in question from the proceedings of the Section published in the „British Medical Journal."

5. Papers read are the Property of the British Medical Association and cannot be published elsewhere than in the „British Medical Journal" without special permission.

6. Authors of Papers not read have no claim for the publication of their Papers in the „British Medical Journal." Papers cannot be taken as read. If not read they form no part of the proceedings of the Section.

By order of the Council,
Guy Elliston,
General Secretary.

American Laryngological Association.

New York, March 5, 1907.

Dear Doctor:

The Twenty-ninth Annual Congress of the American Laryngological Association will be held under the Presidency of Dr. A. W. de Roaldes of New Orleans, at Washington on Tuesday, May 7th, Wednesday, May 8th, and Thurday, May 9th, in connection with the Seventh Meeting of the Congress of American Physicians and Surgeons. The Association meetings will be held at the Cosmos Club.

The Council expects as the official guest of the Association, Prof. Th. Gluck, of Berlin, who will speak on „Problems and Modern Methods of the Surgery of the Organs of the Throat." It is expected that through the courtesy of the officers of the American Laryngological, Rhinological and Otological Society, Prof. Gustav Killian of Freiburg (who comes to this country as the guest of the latter organization) will also be present.

All Fellows desiring to read papers should send the litles thereof to the Secretary not later than April 1st. Papers should be prepared in duplicate so that a copy may be handed to the Secretary at time of reading.

The Provisional Program is as follows:

Tuesday, May 7th, 10 A. M. Opening Session. President's Address. Reading of Paper and Discussion. Executive Session. Adjournment at 1 P. M. At 3 P. M., Opening Session of the General Congress. At 8 P. M., Adress by the President of the Congress, Reginald H. Fitz, M. C., LL. D., to be followed by a Reception.

Wednesday, May 8th, 10 A. M. Executive Session, to be followed by Prof. Gluck's address, and if time permits, by papers and discussion. 3 P. M., Session of the General Congress. 7 P. M., Annual Banquet of the Association at the New Willard; Tickets, Six Dollars.

Thursday, May 9th, 10 A. M. Closing Session of the Association for papers and discussion, followed by Executive Session. Adjournment et 1 P. M. At 8 o'clock in the evening there will be a „Smoker" of the General Congress.

The President of the Association, Dr. de Roaldes, has offered to present the sum of Five Hundred Dollars for the establishment of a Prize Fund. Action on this proposal will be taken at the coming meeting. The official program will be issued about April 20th.

Very truly yours,
James E. Newcomb, M. D.,
Secretary,
New York, 118 West 69th Street.

Vor-Einladung zur Tagung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 20. Mai findet in

Heidelberg

in der üblichen Weise die XIV. Tagung südd. Laryngologen statt. Das definitive Progamm wird Mitte April verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, sich an unserer Tagung persönlich zu betheiligen und etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 10. April bei dem Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

W. Lindt-Bern
Vorsitzender

Felix Blumenfeld-Wiesbaden
Luisenstrasse 22, Schriftführer.

Bis jetzt haben Vorträge angemeldet:

1. Herr Professor J. Hoffmann-Heidelberg:
   Stimmbandlähmung bei Syringomyelie.
2. Herr Professor Jurasz-Heidelberg:
   Laryngologische Mittheilungen:
   a) Zur Frage der chronischen Laryngitis bei Kindern.
   b) Die Miliartuberkel der Kehlkopfschleimhaut.
   c) Die pachydermischen Verdickungen der hinteren Kehlkopfwand bei Kehlkopftuberculose.
3. Herr Professor Starck-Karlsruhe:
   Oesophagoskopische Diagnostik von Erkrankungen im oberen Speiseröhrenabschnitt.
4. Herrn Dr. Vohsen-Frankfurt a. M.:
   Werth der Durchleuchtung für die Stirnhöhlenerkrankungen.
5. Herr Professor Siebenmann-Basel:
   a) Seltener Fall von Hyperkeratose der Haut des Mundes, Rachens und Kehlkopfs.
   b) Demonstration von Moulagen.
6. Herr Professor Seifert-Würzburg:
   Beitrag zur Kenntniss von den toxischen Kehlkopflähmungen.
7. Herr Dr. Oppikofer-Basel:
   Mikroskopische Befunde von Nebenhöhlenschleimhäuten bei chronischem Empyem.
8. Herr Dr. F. R. Nager-Basel:
   Bronchoskopische Mittheilungen.
9. Herr Dr. Avellis-Frankfurt a. M.:
   a) Laryngotomie ohne Canüle in Scopolamin-Narkose.
   b) Laryngocele externa.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, Mai. 1907. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **W. Freudenthal. Bernhard Fränkel; was er für die Rhino-Laryngologie gethan hat. (Bernhard Fraenkel. What he has done for Rhino-Laryngology.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

2) **Wolff Freudenthal** und **Landgraff. Bernhard Fränkel's Beiträge zur medicinischen Literatur. (Bernhard Fraenkel's contributions to medical literature.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

3) **A. Kuttner** (Berlin). **Bernhard Fränkel. Biographie. (Bernhard Fraenkel. Biography.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

4) **Emil Mayer. Der Antheil Amerikas an der Ausstellung in Berlin zu Ehren des 70. Geburtstages von Prof. Bernhard Fränkel. (The American exhibit in Berlin in honor of the 70th. birthday of Professor Bernhard Fraenkel.)**

Der Titel besagt den Inhalt.

AUTOREFERAT.

5) **Piffl** (Prag). **Ueber einige Beziehungen der Otologie und Rhinologie zur Zahnheilkunde.** *Prager med. Wochenschr. No. 50—51. 1905.*

Vortrag, gehalten in der Monatsversammlung des Vereins deutscher Zahnärzte in Böhmen am 29. März 1904. Besprechung der Otalgia e carie dentis, Erklärung des Zustandekommens, ferner Angabe der Therapie — conservative Zahnbehandlung oder Extraction. — In dankenswerther Weise bespricht Autor weiter die noch nicht geklärte Frage der Einwirkung behinderter Nasenathmung auf den Skelettbau, mit besonderer Berücksichtigung der Kiefer- und Zahnbildung, wobei der Autor auf dem Standpunkt steht, dass die behinderte Nasenathmung allein nicht im Stande ist, die bekannten Entwickelungsanomalien im Skelett zu verursachen, es müsse eine abnorme Knochenweichheit in gewissen Fällen angenommen werden. Schliesslich bespricht Piffl die Oberkieferhöhlenantritis dentalen Ursprungs, die in 23,5 pCt. seiner Empyemfälle mit Sicherheit anzunehmen war.

CHIARI.

6) **Clarence T. Blake. Die Otologie in ihrer Beziehung zur Rhinologie und Laryngologie. (Otology in its relation to rhinology and laryngology.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1906.*

Zwischen Laryngologie und Otologie besteht keine auf physiologischer Basis beruhende Beziehung, Rhinologie und Otologie haben in physiologischer und practischer Hinsicht gemeinsame Berührungspunkte. Gegen eine zu enge Vereinigung beider spricht die Thatsache, dass Rhinologie und Otologie jede für sich ein grosses Feld der Thätigkeit darstellen, das die ganze Arbeitskraft des Forschers und Practikers in Anspruch zu nehmen im Stande ist.

LEFFERTS.

7) **Sedziak. Die Nasen-, Rachen- und Kehlkopfbeschwerden im Verlaufe der Herz- und Gefässkrankheiten. (Zabukenia noso gardlo krtaniowe w przebiegu chorób sevea i naczyn.)** *Nowiny Lekarskie. No. 10. 1906.*

Zu den wichtigsten krankhaften Erscheinungen von Seiten der Nase im Verlaufe der Herz- und Gefässkrankheiten gehören die Nasenblutungen, welche am öftesten bei verschiedenen Herzklappenfehlern als Folge der Compensationsstörung vorkommen, seltener bei Arteriosklerose und noch seltener bei Herzmuskelkrankheit. Die Nasenblutungen sind beiderseitig, es blutet die ganze Schleimhaut, manchmal localisirt sich die Blutung in der Rachentonsille. Die Blutstauung der Nasenschleimhaut bedingt die Schwellung der Nasenmuschel und Verstopfung der Nase. Die Blutungen in der Mundhöhle und im Rachen kommen seltener vor. Im Kehlkopfe bemerkt man sehr selten hämorrhagische Entzündung der Stimmbänder, aber viel öfter, besonders im Anfange der Compensationsstörung, sieht man starke Röthung der Schleimhaut und bei vorgeschrittener Discompensation ausgeprägte Blässe der Larynxschleimhaut und vorübergehende Heiserkeit.

Die wichtigste Erscheinung von Seiten des Kehlkopfes im Verlaufe des Aortenaneurysma ist die Recurrenslähmung, am öftesten des linken, sehr selten der beiden Nerven. Die Recurrenslähmung bemerkt man ausserdem auch im Verlaufe mancher Herzfehler und Pericarditis exsudativa. Aortenaneurysma bedingt auch Lageveränderungen der Trachea, Compression, sogar auch Perforation derselben.

A. v. SOKOLOWSKI.

8) **Sedziak. Die Nasen-, Rachen- und Kehlkopfbeschwerden im Verlaufe der Nierenkrankheiten. (Zabukenia noso gardlano-krtaniowe w przebiegu chorob nerek.)** *Nowiny Lekarskie. No. 11. 1906.*

Die Nasen- und Rachenbeschwerden im Verlaufe der Nierenkrankheiten kommen sehr oft vor.

1. Nasenblutungen (am meisten bei Nephritis interstitialis) sind beiderseitig, es blutet die ganze Nasenschleimhaut, oft localisirt sich die Blutung in der Rachentonsille. In späteren Stadien der Nierenveränderungen bemerkt man ausgeprägte Blässe der Nasenschleimhaut mit trockenem Belage.

Die Rachen- und Mundbeschwerden treten im Verlaufe der Nierenkrankheiten viel öfter auf. Die Blutung localisirt sich am meisten in der Gegend der Zungenbasis, manchmal sieht man Ecchymosen der Rachenschleimhaut; oft bemerkt man auch Pharyngitis sicca. Im Verlaufe der Nephritis parenchymatosa

kommen ödematöse Schwellungen der Uvula, seltener der hinteren Rachenwand vor. Bei amyloider Degeneration und bei tuberculösen Processen der Nieren sieht die Rachenschleimhaut blass und trocken aus. Bei Urämie entstehen nicht selten auf der Mund- und Rachenschleimhaut Ulcerationen mit üblem charakterischem Geruche (Stomatitis et Pharyngitis uraemica).

Die ödematösen Erscheinungen des Kehlkopfes localisiren sich im Verlaufe der Nierenkrankheiten am meisten in der Gegend des Ligamentum aryepiglotticum. Manchmal sieht die Laryngealschleimhaut abhängig von allgemeiner Anämie blass aus. Selten bemerkt man auch hämorrhagische Entzündung der Kehlkopfschleimhaut.

A. v. SOKOLOWSKI.

9) **Sedziak. Die Nasen-, Rachen- und Kehlkopfbeschwerden im Verlaufe der Erkrankungen des Verdauungsapparates. (Zabukenia noso-gardlano-krtaniowe w przebiegu choröb nakordu trawienia.)** *Przeglad Lekarskie. No. 47. 1906.*

Nach einer kurzen Erwähnung der entsprechenden Arbeiten anderer Autoren (Sokolowski, Jonas, Haug, Loeri, Coffin u. A.) beschreibt Verf. verschiedene nasale Beschwerden im Verlaufe der Krankheiten des Verdauungsapparates.

Nasenverstopfung veranlasst oft ein trockenes Gefühl im Munde und im Rachen, bei Säuglingen erschwert sie das Saugen. Bei bestehender Ozaena oder anderen eitrigen Nebenhöhlenprocessen bedingt das verschluckte eitrige Secret oft Appetitlosigkeit und Erbrechen. Cariöse Zähne führen oft zur Eiterung der Schleimhaut im Antrum Highmori. Manchmal kommen im Verlaufe der Lebercirrhose Nasenblutungen vor. Pharyngitis sicca per continuitatem auf der ösophagealen und Magenschleimhaut bedingt Appetitlosigkeit, Aufstossen, Erbrechen u. s. w. Oft bemerkt man Stauungserscheinungen, sogar auch Ecchymosen der Rachenschleimhaut bei bestehender Lebercirrhose. Sehr oft kommen im Verlaufe der Krankheiten des Verdauungsapparates Kehlkopfbeschwerden vor.

Chronische Entzündungen des Rachens (bei Rauchern und Säufern) breiten sich oft auf den Kehlkopf aus. Bei Hyperacidität des Magensaftes kommen auch verschiedene Beschwerden in der Gegend der Kehlkopfschleimhaut vor. Oesophagealkrebs dehnt sich oft auf den Kehlkopf aus und verursacht manchmal Recurrenslähmung. Retropharyngeale Abscesse comprimiren oft die Trachea. Bei Lebercirrhose bemerkt man ödematöse Erscheinungen der hinteren Larynxwand.

A. v. SOKOLOWSKI.

10) **James Kerr Love. Nasenrachen und Hals bei Taubstummen. (The nasopharynx and the throat in the deaf mute.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Die klinische Beobachtung taubstummer Kinder hat nicht nur die Aufgabe, wie bei hörenden Kindern, sondern muss auch gleichzeitig die Basis für eine Eintheilung abgeben, die für die Erziehungsmethode entscheidend ist. Es ist ein Verbrechen, die Hör- und Sprachreste halbstummer und halbtauber Kinder zu vernachlässigen und sie mittels einer anderen als der oralen Methode zu erziehen.

EMIL MAYER.

11) **Emerich v. Navratil. Rhino-laryngologische Beiträge.** *Orvosi Hetilap. No. 40. 1906.*

N. giebt eine Uebersicht der therapeutischen Methoden, welche auf allen Gebieten der Rhino-Laryngochirurgie an seiner Abtheilung ausgeübt werden. Ausführlich wird die Tracheotomie behandelt, wo N. die Tracheotomia inferior als souveraine Methode kennzeichnet, ferner die Indicationen und Operationen des Kehlkopfkrebses (Resection und Totalexstirpation), der Larynx- und Trachealstenosen, des Cheilo-Rhino-Laryngealskleroms, die Indicationen der extra- und endolaryngealen Operationen der Kehlkopfpapillome. Ferner Krankengeschichten, so eines operirten Falles von Lymphangioma pharyngis, von Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom, von operirten Skleromfällen und eine Plastik der Vorderwand des Kehlkopfes. 14 Photographien vervollständigen den ausführlichen Bericht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

12) **G. Trautmann** (München). **Erythema exsudativum multiforme und nodosum der Schleimhaut in ihren Beziehungen zur Syphilis.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1906.*

Autor weist auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose obiger Erkrankungsformen hin, auf ihre grosse Bedeutung in klinischer und therapeutischer Beziehung und erörtert eingehend ihre gegenseitigen Beziehungen und Erscheinungsformen. Sieben in extenso angeführte Fälle geben ein anschauliches Bild dieser Erkrankungsform; sämmtliche Fälle heilten nach kurzer Zeit auf einfache Salicylsäurebehandlung hin. Bezüglich der Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

13) **Callomon** (Bromberg). **„Isolirter" Pemphigus der Schleimhäute.** *Dermat. Zeitschr. No. 8. 1906.*

Bei der 30jährigen Patientin traten durch mehrere Jahre hindurch an der Schleimhaut der Conjunctiva, an den Lippen, dem Zahnfleisch, hartem und weichem Gaumen, Rachenwand und Kehlkopf Blasen auf, die an einzelnen Stellen zu Schrumpfungsprocessen führten. An der äusseren Haut traten niemals Blasen auf.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Grünwald** (Reichenhall). **Zur Verlegung des Vestibulum nasi und knorpeligen Septums.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 3. 1906.*

Kurze Beschreibung der Operationsmethode.

SEIFERT.

15) **Humblé** (Antwerpen). **Die Deviationen der Nasenscheidewand. (Les déviations de la cloison médiane du nez.)** *La Clinique. No. 41. 1906.*

Auf dem I. flämischen naturwissenschaftlichen und medicinischen Congress spricht H. über Deviationen der Nasenscheidewand, welche er ausschliesslich nach der Hajek'schen Methode behandelt, welche ihm ausgezeichnete Resultate gegeben hat.

BAYER.

16) **St. Clair Thomson. Submucöse Resection des Septum. (Submucous resection of the septum.)** *British Medical Journal. 30. Juni 1906.*

Beschreibung der Killian'schen Operation nebst einigen Modificationen und neuen Instrumenten; Demonstration von Instrumenten und Fällen.

E. B. WAGGETT.

17) **Michelet. Ueber die submucöse Resection der verbogenen Nasenscheidewand. (De la résection sous-muqueuse de la cloison nasale deviée.)** *Thèse de doctorat. Bordeaux 1906.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Verfahren sich für alle klinischen Formen von Nasenscheidewandverbiegungen eignet. Leichte Verbiegungen mit sehr ausgesprochener winkeliger Leiste kann man mit dem Moure'schen Instrument oder einem Messer entfernen. Absolut indicirt ist die submucöse Resection in Fällen von tiefsitzender knöcherner Verbiegung. Die functionellen Resultate sind immer ausgezeichnet und von Dauer. BRINDEL.

18) **Glaser** (Baku). **Difformitäten der Nasenscheidewand.** *Dissert. Bern 1906.*

Untersuchung in der Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität an 450 Patienten. Diese Septumanomalien kommen in 50 pCt. der Patienten vor; bei Erwachsenen 5—6 pCt. mehr als bei Kindern. Mit einem besonderen Instrument wurden Messungen angestellt. Die Länge der Nasenscheidewand betrug bei Kindern unter 10 Jahren 5—6,5 cm, bei Erwachsenen 7,5 bis 8,5 cm. Auffallend erschien es der Verfasserin, wie selten die Leute durch Athmungsbeschwerden sich ihrer Difformität bewusst waren. JONQUIÈRE.

19) **Furniss Potter. Die submucöse Resection zur Correction von Verbiegungen der Nasenscheidewand. (The submucous resection operation for correction of deflections of the nasal septum.)** *Lancet. 8. September 1906.*

Eine Beschreibung der Original-Fensterresection. Cocain und Adrenalin werden local angewandt; bei nervösen Patienten ist allgemeine Narkose erforderlich, und zwar am besten mit Chloroform. Die aufrecht sitzende Stellung ist die beste. Eine L-förmige Incision wird auf der convexen Seite der Deviation gemacht durch Schleimhaut und Knorpel, der Lappen vom Knorpel abgelöst und der Knorpel mit der Zange oder dem Killian'schen Messer entfernt. Lockere Tamponade mit in Wasserstoffsuperoxyd getauchter Gaze. Illustrirt mit einigen Freer'schen Diagrammen. ADOLPH BRONNER.

20) **J. Price-Brown. Eine neue Operation für extreme Fälle von Septumverbiegung mit Vorstellung eines Falles mit günstigem Ergebniss. (A new operation for extreme cases of septal deflection with presentation of a succesful result case.)** *Canada Lancet. September 1906. The Laryngoscope. September 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906. EMIL MAYER.

21) **R. H. Brown. Submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Submucous resection of the nasal septum.)** *Wisconsin Medical Journal. October 1906.*

Verf. tamponirt das Operationsfeld mit in 10 proc. Cocainlösung getauchter Watte; er sagt, es erfordere 15 Minuten bis 1 Stunde zur gründlichen Cocainisirung, wobei er das Operationsfeld mit feuchten Tupfern abreibt, die in Cocainkrystalle getaucht sind.

EMIL MAYER.

22) **John R. Winslow. Welches ist der gegenwärtige Stand der operativen Behandlung der Nasenscheidewandoperation? Eine kritische Revue, basirend auf der Literatur und besonders den persönlichen Erfahrungen in 127 nach verschiedenen Methoden operirten Fällen. (What is the present status of the operative treatment of deviation of the nasal septum? A critical review based upon literature and especially a personal experience of 127 cases operated upon by various methods.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Nach einer eingehenden Behandlung des Themas kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass er keine Veranlassung sieht, Methoden, mittels deren er in 5 bis 6 Minuten befriedigende Resultate erzielen kann, aufzugeben zu Gunsten von solchen, die 6—10 Mal so lange Zeit erfordern, und an die Geduld von Patienten und Arzt grosse Anforderungen stellen. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass die Methoden von Asch, Douglass, Gleason und Harrison Allen, die Roe'sche Zange und Kyle's Sägen stets in geeigneten Fällen Anwendung finden werden.

Bereits macht sich nach Ansicht von H. eine Missstimmung gegen die neue Methode geltend, und er ist überzeugt, dass nach einiger Zeit eine Reaction zu Gunsten der älteren Methoden eintreten wird; in manchen Fällen kann durch jene ein besseres Resultat erzielt werden als durch diese. Andererseits giebt er zu, dass die submucöse Resection, obwohl sie zu den schwierigsten Nasenoperationen gehört, doch unentbehrlich ist, und dass jeder moderne Nasenchirurg sie beherrschen muss.

EMIL MAYER.

23) **Lee Maidment Hurd. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. Einige Bemerkungen auf Grund von 75 Fällen. (The submucous resection of the nasal septum. Some remarks based on seventy-five cases.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Januar 1907.*

Als die unangenehmste Complication bezeichnet H. die Bildung eines Haematoms. Sie entstehen zwischen den Schleimhautblättern gewöhnlich hinter dem Bereich der Tamponade oder nach Entfernung dieser. Um dem vorzubeugen, tamponirt er in Fällen, die zu heftiger Blutung neigen, beide Seiten und lässt den Tampon auf der convexen Seite 2 Tage anstatt 12 Stunden liegen. Das endgültige Resultat war, was die Nasenathmung betrifft, gut. In manchen Fällen handelt es sich nicht nur um Septumverbiegung, sondern auch eine Muschelhyperplasie. Dieser Zustand kann auch vorgetäuscht werden dadurch, dass eine Septumverbiegung auf die Muscheln drückt. In diesen Fällen wird, nachdem das Septum in die Medianlinie gebracht ist, die vorher verstopfte Seite frei, die vorher offene Seite zum Theil verlegt sein. Ist die Vorwölbung der Muscheln bedingt durch eine Schleimhauthyperplasie — was oft der Fall ist, zweifellos in Folge localer

vasomotorischer Veränderungen, die durch den Druck des verbogenen Septums gegen die Muschel verursacht werden —, so wird die Hyperplasie allmälig zurückgehen, und nach 1—2 Monaten wird die Nase ein normales Aussehen haben. Ist die Hyperplasie auf der vorher offenen Seite der Nase eine knöcherne, so ist es am besten, erst das Septum grade zu richten und dann durch eine submucöse Methode die Muschel zu verkleinern.

EMIL MAYER.

24) **Robert C. Myles. Subperichondrale und subperiosteale Operationen am Nasenseptum. (Superichondrial and subperiosteal operations on the nasal septum.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Januar 1907.*

Verf. verfährt folgendermaassen: Zuerst Abwaschung der Vestibularwände mit Wasser, grüner Seife, Alkohol, Aether. Die Sterilisation soll so vollständig sein, wie bei einer Gehirn- oder Abdominaloperation. Er operirt bei aufrechter Haltung unter Localanästhesie. Bei nervösen oder hysterischen Patienten benutzt er einen umklappbaren Stuhl. Das Operationsfeld wird mit kleinen Mengen von Cocainkrystallen abgerieben, die in 10proc. Lösung angefeuchtet sind, darauf folgt Application von Adrenalinlösung 1 : 1000. Man soll darauf achten, dass durch das Secret das Cocain nicht auf den Nasenboden und in den Nasenrachen gespült wird. Nach 5—8 Minuten ist alles zur Operation bereit. Zur submucösen Injection bedient er sich zweier Asbestkolbenspritzen, von denen die eine sterile Cocainlösung 0,12 auf 1 pCt., die andere Adrenalinlösung 1 : 1000 enthält. Verf. räth, ein bis zwei Gegenöffnungen durch den Lappen auf der Seite der Incision zu machen.

EMIL MAYER.

25) **J. F. Byington. Die submucöse Septumresection. Bericht über 56 Fälle. (The submucous resection of the nasal septum. With a report of 56 operations.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Januar 1907.*

B. sagt, dass Nasenverstopfung in Folge Septumverbiegung in 100 pCt. der Fälle durch submucöse Resection behoben wird, während mittels der älteren Methoden dieses Resultat in ungefähr 65—70 pCt. der Fälle erzielt wird. Die Resultate sind ebenso dauernd wie gründlich. Man muss nur darauf achten, dass die äussere Nase nicht ihre Stütze verliert. Durch diese Operation wird sehr viel häufiger, als es früher der Fall war, Nasenverstopfung behoben, und viele untere Muscheln mit ihrer wichtigen Function, die früher theilweise oder ganz geopfert wurden, bleiben erhalten.

EMIL MAYER.

26) **R. A. Coffin. Neue Operation zur Correction der Nasenscheidewand. (New operation for correction of the nasal septum.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. Januar 1907.*

C. operirt in zwei kurzen Sitzungen. Die Methode ist nicht bestimmt, andere Fensteroperationen zu ersetzen, sie soll nur angewendet werden, wo die Verhältnisse für länger dauernde chirurgische Maassnahmen ungünstig sind. In dem ersten Fall, wo C. so operirte, berührte das knorplige Septum die linke untere Muschel. Nur ein kleines Stück des knöchernen Septums war betheiligt.

Es wurde auf der rechten Seite vor der Deviation eine senkrechte Incision nach vorheriger Application von Cocain, Adrenalin und Sterilisirung mit schwacher

Sublimatlösung gemacht. Dann wurde mit dem Elevatorium Perichondrium und Periost im Bereich der Deviation abgelöst. Der so geschaffene Raum wurde mit sterilisirtem Vaselin injicirt und die Nase dann eine Woche lang in Ruhe gelassen. Dann wurde die andere Seite ebenso zur Operation vorbereitet und eine Incision ebenso wie rechts, jedoch nur weiter nach vorn gemacht, letzteres, damit nicht, im Fall dass die Incision der anderen Seite noch nicht nötig geheilt sei, eine Perforation entstände. Ebenso wie vorher wurden Perichondrium und Periost abgelöst. Die submucöse Vorwölbung wurde mittels eines graden stumpfen Messers und eines Hohlmeissels abgetragen. Ein Wattetampon wurde dann in die linke Nase eingeführt und vorgeschoben, um Perichondrium und Schleimhaut in der Mittellinie zu halten.

Wenn die Deviation lang und eng ist, hat C. ausgezeichnete Resultate erzielt, wenn er beim zweiten Theil der Operation vorging, als ob es sich um eine einfache Spina handelte, die er mit der Säge entfernte.

Verf. meint, bei seiner Operationsmethode sei es wahrscheinlicher, dass man ein neues Septum aus wirklichem Knorpel erhalte, als bei der gewöhnlichen Fensterresection, weil während der Zwischenzeit zwischen der ersten und zweiten Operation sowohl Knorpel wie Perichondrium erhalten bleibt.

EMIL MAYER.

27) **Richard H. Johnston. Congenitale Membranbildung im Nasenrachen. (Congenital membrane in the naso-pharynx.)** *Journal of the American Medical Association. 1. September 1906.*

Die Nase zeigte ausser Trockenheit der Schleimhaut nichts Abnormes. Die Pharynxschleimhaut war trocken und mit einer Schicht von dickem grauem Secret bedeckt, das augenscheinlich aus dem Nasenrachen stammte. Postrhinoskopisch sah man von dem Rachendach herkommend und sich durch den Nasenrachen erstreckend eine deutliche Membran, die den Raum in einen vorderen und hinteren Theil theilte. Die Membran hatte ihren Ursprung hinter den Tubenöffnungen. Ungefähr im Centrum der Membran war eine runde Perforation, durch die man die unteren zwei Drittel des Septums, die untere und mittlere Muschel auf der linken Seite sehen konnte. Oberhalb und etwas nach rechts davon, in der Mitte zwischen dieser Oeffnung und der seitlichen Pharynxwand und da, wo die Membran vom Rachendach herkam, befand sich eine zweite längliche Oeffnung, die kleiner war als die erste. Die Ränder beider Oeffnungen waren völlig glatt. Die Membran verlor sich nach unten allmälig an der Hinterwand des weichen Gaumens.

In der Anamnese nichts von Tuberculose oder specifischer Erkrankung. Zweifellos war die Membran congenital. Entfernung der Membran wurde vom Patienten verweigert.

EMIL MAYER.

28) **Thomas L. Brunk. Einige Bemerkungen über die Rosenmüller'schen Gruben. (Some observations on the fossae of Rosenmüller.)** *The Laryngoscope. August 1906.*

In manchen Fällen von obscuren Fällen von Heiserkeit und Pharyngealbeschwerden fand Verf. ausgesprochene Erkrankung der Rosenmüller'schen Gruben. Er beschreibt diese als das Vorhandensein von vergrösserten einzelnen

Drüsen, die so aussehen und sich anfühlen, wie die an der oro-pharyngealen Wand; ausserdem aber werden die Fossae ausgefüllt von wirklichem Granulationsgewebe, das sehr weich, gefässreich ist und leicht mit dem Zeigefinger entfernt werden kann, das aber kein adenoides Gewebe ist. Verf. curettirt, hinter dem Patienten stehend, beide Rosenmüller'sche Gruben mit dem Zeigefinger.

EMIL MAYER.

29) **Otto J. Freer. Diffuse Infiltration der rechten Seite des Nasenrachens und Lähmung der Hirnnerven. (Diffuse infiltration of the right side of the nasopharynx and the paresis of cranial nerves.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Die Erklärung des Falls steht noch aus. Der den M. levator palpebrae versorgende Zweig des rechten Oculomotorius, der vor zwei Tagen noch rein paretisch war, hat jetzt seine Function völlig eingebüsst. Die Bewegungen des rechten Auges werden ebenfalls immer mehr und mehr beschränkt, und man muss auf seine baldige völlige Unbeweglichkeit gefasst sein.

EMIL MAYER.

30) **Pell jr.** (Courtrai). **Retropharyngealabscesse. (Abcès retropharyngiens.)** *La Clinique. No. 41. 1906.*

Auf dem I. flämischen naturwissenschaftlichen und medizinischen Congress theilt P. seine persönlichen Erfahrungen über die Aetiologie, Diagnose und Behandlung retropharyngealer Abscesse mit und plaidirt für die frühzeitigen Interventionen, da, sich selbst überlassen, dieselben meist tödtlich verliefen.

BAYER.

31) **Opokiw. Zur Bakteriologie retropharyngealer Abscesse. (K bakteriologii saglototschnich nariwow.)** *R. Wratsch. No. 29. 1906.*

O. fand in seinem Falle Streptokokken und dann namentlich Diplo-streptococcus. Der Autor ist geneigt, gestützt auf Literaturangaben, anzunehmen, dass der Diplo-streptococcus der eigentliche Erreger dieses Abscesses ist.

P. HELLAT.

32) **Wyatt Wingrave. Ein Fall von Retropharyngealabscess bei einer 21jährigen Frau; Eiterentleerung wegen Dyspnoe; Tod. (A case of retro-pharyngeal abscess in a female aged 21 years; evacuation of pus for dyspnoea; death.)** *Lancet. 14. April 1906.*

Seit zwei Monaten Dyspnoe. Fluctuirende Schwellung auf der rechten Seite des Pharynx. Ebenso äusserlich Schwellung hinter dem rechten M. sterno-cleidomastoideus und rothe Schwellung am vorderen Rand des linken. Beide Abscesse wurden incidirt und es entleerte sich reichlich Eiter. Am neunten Tage nach der Operation stürzte plötzlich arterielles Blut aus dem Mund der Patientin und in wenigen Minuten war sie todt. Beide Lungen waren tuberculös und augenscheinlich waren die retropharyngealen und jugularen Drüsen tuberculös, vereitert und in die Carotis interna durchgebrochen.

ADOLPH BRONNER.

33) **Cohn** (Königsberg). **Adenoide Vegetationen und Schwerhörigkeit.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 52. 1906.*

Von 1573 untersuchten Schülern erwiesen sich 315 = 18 pCt. als schwer-

hörig; von diesen letzteren war die Schwerhörigkeit in 165 Fällen = 52,4 pCt. allein durch adenoide Vegetationen und ihre Folgen bedingt. SEIFERT.

34) **Kreilsheimer** (Stuttgart). **Ueber die acute Entzündung der Rachenmandel.** *Medic. Correspondenzbl. des Württemberg. ärztl. Landesvereins. 30. 1906.*

Kr. konnte in einigen Fällen, in welchen die Beschwerden auf eine acute Entzündung der Rachenmandel hinwiesen, die Rhinoscopia posterior ausführen. Man sieht dabei die Rachenmandel als mächtigen Wulst von intensiv rother Farbe. Therapie: Entfernung der Rachenmandel. SEIFERT.

35) **Buys. Ueber die Recidive adenoider Vegetationen. (De la récidive des végétations adénoides.)** *La Clinique. No. 39. 1906.*

Zum Beweis dafür, dass adenoide Vegetationen wirklich recidiviren können, führt B. zwei persönlich beobachtete Fälle an, wovon er den einen dreimal, den anderen fünfmal operirt hatte; jedesmal liess die histologische Untersuchung lymphoides Gewebe nachweisen. Meist handle es sich freilich um falsche Recidive, bedingt durch Granulationsgewebe. Die Ursache der Recidive sind: 1. unvollständig oder schlecht ausgeführte Operation; 2. acuter Entzündungszustand der Gegend zur Zeit der Operation; 3. Vernachlässigung der Nachbehandlung.

BAYER.

36) **Victor Lange** (Kopenhagen). **Altes und Neues über die Adenoidenfrage.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1906.*

Kritischer Rückblick über die Meyer'schen Arbeiten und seine operative Rachenmandelentfernung von der Nase aus, sowie über die Nachbehandlung mittels Lapisätzungen. Würdigung der Verdienste Meyer's und kritische Besprechung der modernen Therapie der Rachenmandelhyperplasie. Autor ist Anhänger der ausschliesslichen Digitalexploration und erörtert nach verschiedenen Gesichtspunkten hin die Frage: Wann soll operirt werden? Er bespricht die Frage des „adenoiden Habitus" ohne oder mit nur geringer Hyperplasie der Tonsilla pharyngea und den behaupteten Zusammenhang zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen. Seiner Ansicht nach ist die „Enuresis der Kinder ein neuropathisches, von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden" und verlangt demnach auch eine der Casuistik entsprechende Behandlung. Bezüglich weiterer Details sei auf das Original verwiesen. HECHT.

37) **V. Lange** (Kopenhagen). **Altes und Neues von der „adenoiden" Frage. (Gammelt og nyt om det „Adenoide" Spörgsmaal.)** *Ugeskrift for Laeger. p. 893. 1906.*

Die Arbeit ist hauptsächlich für allgemein practicirende Aerzte geschrieben und enthält für die Rhinologen nichts Neues. E. SCHMIEGELOW.

38) **Wojatschek. Diagnose der Adenoiden mit Hülfe vorderer Rhinoskopie. (Rasposnawanie adenoidow pri pomaschtschi pered-rinoscopie.)** *Petersburg. 1906.*

W. controlirte die Angabe von Zarniko, die vordere Rhinoskopie zur Eruirung von adenoiden Wucherungen sei „keine Spielerei", und kam zu der An-

schauung, dass die Möglichkeit einer Diagnose vorliegt. 8 Fälle werden genauer beschrieben. Zeichnungen sollen die Beschreibung illustriren. P. HELLAT.

39) **Freer** (Chicago). **Neue Methode der Entfernung von adenoiden Vegetationen durch die Nasenhöhlen. (Nouvelle méthode d'ablation des végétations adénoides à travers les fosses nasales.)** *Arch. intern. de laryng. No. II. September-October 1906.*

Verf. bedient sich einer Zange, die er durch die Nasenhöhle einführt; die Operation erfordert locale und allgemeine Anästhesie. BRINDEL.

40) **P. Jervel. Einige klinische Betrachtungen über die adenoiden Vegetationen und ihre Behandlung. (Quelques considérations cliniqes sur les végétations adénoides et sur leur traitement.)** *Société de médecine de Vaucluse. 29. December 1906.*

J. unterscheidet zwei Formen der adenoiden Vegetationen:

1. Congenitale Form, charakterisirt durch Allgemeinsymptome, grosse Massen von Vegetationen und Erscheinungen von Nasenobstruction.
2. Erworbene Form, charakterisirt durch geringe Vegetationen, locale Erscheinungen, deren häufigste und schwerste die Otitis media ist.

In beiden Fällen ist die Entfernung angezeigt. PAUL RAUGÉ.

41) **Guisez. Adenoide Wucherungen und Enteritis muco-membranacea der Kinder. (Adénoidite hypertrophique et enterite muco-membraneuse des enfants.)** *Journal des Practiciens. 9. Februar 1907.*

Verf. bespricht die gastro-intestinalen Störungen, die er bei Kindern als Resultat adenoider Vegetationen und der durch sie bedingten chronischen Rhino-Pharyngitis beobachtet hat. Seiner Ansicht nach hat die Enteritis muco-membranacea der Kinder häufig ihren Grund in der Resorption von Schleimmassen, die aus Nase und Hals stammen. Die Behandlung besteht in der Entfernung der adenoiden Vegetationen. A. CARTAZ.

42) **James Barrell** und **W. J. Orr** (Melbourne). **Die Anwesenheit abnormer Blutgefässe im Nasenrachen und das Vorkommen von Blutungen nach Entfernung der adenoiden Vegetationen. (The presence of abnorm blood-vessels in the naso-pharynx and the occurrence of hemorrhage after the removal of postnasal adenoids.)** *Intercolonial Medical Journal. 30. December 1906.*

Verff. berichten über 3 Fälle aus ihrer einige tausend Operationen umfassenden Praxis und haben die in der Literatur verzeichneten Fälle von schwerer postoperativer Blutung gesammelt; sie haben 7 Todesfälle verzeichnet gefunden. Die abnormen Gefässe sind breite pulsirende Gefässe auf jeder Seite des Pharynx hinter dem hinteren Gaumenbogen. Auf Grund ihrer eigenen und der in der Literatur vorhandenen Fälle kommen Verff. zu dem Schluss, dass abnorme Gefässe eine häufigere Ursache der Blutung sind, als Hämophilie. A. J. BRADY.

43) **V. A. Chapman. Allarmirende Secundärblutung nach Entfernung der Rachentonsille. (Alarming secondary hemorrhage following the removal of the pharyngeal tonsil.)** *Journal of the Michigan State Medical Society. December 1906.*

Der Fall betrifft einen 16 Jahre alten Knaben. Heilung. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

44) **G. Martuscelli. Angeborenes Fibrom der Zunge. (Fibroma congenito della lingua.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio, della gola etc. Juli 1906.*

Es sind in der Literatur ungefähr 10 Fälle von Zungenfibrom enthalten, die meist Erwachsene betreffen und wo der Sitz stets an der Zungenbasis ist.

In dem hier mitgetheilten Falle handelt es sich um einen 6jährigen Knaben, bei dem auf der Zungenspitze ein harter, länglicher Tumor von Erbsengrösse vorhanden war. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein hartes Fibrom handelte. Verf. glaubt, dass der Tumor angeboren war. FINDER.

45) **F. H. Wiggin. Multiples Fibrosarkom der Zunge, mit Trypsin behandelt. (Multiple fibrosarcoma of the tongue treated with trypsin.)** *N. Y. Medical Record. 22. December 1906.*

Pat. wurde mit Trypsin, Pankreasextract und Amylopsin behandelt. Eine Stunde vor jeder Mahlzeit wurde eine Kapsel mit Pankreasextract gegeben. Der Tumor hörte offensichtlich auf zu wachsen und blieb stationär, so lange die Injectionen täglich gemacht wurden. Als Pat. anfing über Kopfschmerzen und Constipation zu klagen und anämisch wurde, wurde die Behandlung eine Zeit lang ausgesetzt und dann Kapseln mit Trypsin, Pankreatin und Amylopsin gegeben, was eine Zeit lang Besserung zu bringen schien, bis Pat. aus der Behandlung verschwand. LEFFERTS.

46) **Gabourd. Medianes Fibrolipom auf der Oberfläche des Gaumensegels. (Fibrolipome médiane de la face supérieure du voile du palais.)** *Gaz. des hôp. 28. September 1906.*

Bei der Patientin bestanden seit 2—3 Jahren Erscheinungen von Nasenverstopfung; seit 6 Monaten Verschlechterung mit Dyspnoe und Dysphagie. Man constatirt hinter dem Gaumensegel einen rothen, platten, ziemlich harten Tumor mit glatter Oberfläche, der bis auf die Zunge reicht und die Uvula nach rechts drängt. Submaxillär beiderseits nicht schmerzhafte Drüsen. Der Tumor wurde mittels einer Museux'schen Zange abgerissen. Er entsprang vom hinteren Theil der Oberfläche des Gaumensegels in der Mittellinie. Es handelte sich um ein Fibrolipom von 9 cm Länge. Heilung. A. CARTAZ.

47) **Meller** (Wien). **Zur Statistik der Schleimhautcarcinome des Mundes und Rachens.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 84. 1906.*

Am häufigten kommen die Schleimhautkrebse des Mundes und Rachens im 6. Decennium vor, bei Männern 15mal häufiger als bei Frauen. Durch die Operation wird eine durchschnittliche Lebensverlängernng um 13,4 Monate erreicht,

Recidive treten in 79 pCt. auf, Radicalbehandlung findet in 14,6 pCt. statt. Die Mortalität der Operation beträgt 13 pCt. SEIFERT.

48) **G. L. Cheatle. Die Behandlung des Carcinoms des Mundwinkels. (The treatment of cancer at the angle of the mouth.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Januar 1907.*

Carcinome, die am Mundwinkel entstehen, verhalten sich, wie wenn sie an der Unterlippe entstehen; bei ihrer Ausbreitung folgen sie genau den Muskeln dieser Region. Verf. beschreibt genau den Gang der Operation in solchen Fällen.

LEFFERTS.

49) **H. L. Maidland** (Sydney). **Eine radicale Methode zur Exstirpation maligner Geschwülste des Halses, die secundär nach Carcinom der Mundhöhle auftraten. (A radical method of exstirpating malignant growths of the neck, secondary to mouth carcinoma.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1906.*

In allen Fällen wird ein Theil des M. sterno-cleidomastoideus entfernt; die Bewegungen des Kopfes werden dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt.

A. J. BRADY.

50) **J. L. Goodale. Beitrag zur Differentialdiagnose gewisser maligner Erkrankungen des lymphatischen Gewebes im Halse. (Contribution to the differential diagnosis of certain malignant diseases of the lymphoid tissue of the throat.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Gruppe maligner Erkrankungen im Rachen und Nasenrachen, die in der Literatur als Pseudoleukämie, Lymphosarkom, malignes Lymphom und Sarkom bezeichnet werden. EMIL MAYER.

51) **Otto J. Freer. Lymphosarkom des Pharynx. (Lymphosarcoma of the pharynx.)** *Chicago Medical Recorder. 15. November 1906.*

Die Geschwulst entsprang vom Rachendach und wurde entfernt; die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um eine fibröse Hyperplasie der Rachentonsille handelte. Ein Jahr später Recidiv; jetzt ergab die mikroskopische Untersuchung ein Lymphosarkom. Die Kieferbewegungen waren beschränkt, da der Tumor den prävertebralen und pharyngo-mandibulären Raum ausfüllte. Es wurden Adrenalininjectionen gemacht, die aber wegen der Schwäche des Patienten eingestellt werden mussten. EMIL MAYER.

52) **Karl Jäger** (Hof). **Ein Tumor der linken Gesichtshälfte, ausgehend vom Rachendache.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1906.*

Autor berichtet in extenso über die Krankengeschichte eines Falles von weichem, sehr blutreichem Sarkom der linken Gesichtshälfte, das von der Schädelbasis (Periost des Keilbeins) ausgehend in die linke Augenhöhle, Nasen- und Rachenhöhle durchbrach und zu einer scheusslichen Entstellung des Patienten, dessen Photographie der Arbeit beigegeben ist, führte. HECHT.

53) **Jonathan Wright. Der Fettgehalt der Tonsillen und seine Beziehung zu den Vorgängen des Metabolismus und der Infection. (The fat contents of the tonsils and its relation to the processes of metabolism and infection.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1906.*

Verf. giebt ein Resumé der in der Literatur vorhandenen Angaben über Fett im Lymphgewebe. Seine Untersuchungen haben ihn zu der Annahme geführt, dass die Lücken, die man häufig in diesem Gewebe findet, zum Theil auf fettige Degeneration zurückzuführen sind und einen der Processe der Tonsillardegeneration darstellen. Bei der Entfernung der Gaumenmandeln sieht man bisweilen aus dem Gewebe eine ölige Flüssigkeit hervorkommen, die nicht allein aus verklebten Lacunen herstammt. Bei der Untersuchung einer Tonsille, an der eine weissliche Stelle war, die man für ein Gummi hielt, stellte sich bei der Incision dieser Stelle heraus, dass sie eine ölige Flüssigkeit enthielt. Schnitte durch die Tonsille und Färbung mit Osmiumsäure zeigten eine Höhle, die durch Umwandlung von Lymphzellen in Fett oder durch körnige Degeneration derselben und Ersatz durch Fett entstanden war. Untersuchung einer Reihe von nicht ausgewählten Tonsillen ergab stets Fetttröpfchen in den Zellen sowohl, wie in den Intercellularräumen. Fett in Tröpfchenform kommt bei degenerirenden wie bei normalen Tonsillen vor. Verf. ist der Ansicht, dass das intracellulare Fett normalerweise zum Theil aus der vorbeipassirenden Nahrung herstammt, obwohl man nicht sagen kann, dass es alles aus dieser Quelle stammt. Zur Controle wurde die Oberfläche der Tonsillen in einer Reihe von Fällen einige Minuten vor der Tonsillotomie mit Butter eingeschmiert. Es erwies sich, dass in diesen Fällen die Vertheilung des Fetts verhältnissmässig genau dieselbe war, wie in den anderen, Fällen, die Menge desselben aber eine ausgesprochene Zunahme zeigte.

LEFFERTS.

54) **D'Ajutolo. Ein geschwürartiges Aussehen der Fossae tonsillares. (Di un apparenza ulceroide delle fosse tonsillari.)** *Bollet. della malattie dell'orecchio della gola e del naso. No. II. 1907.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein Aussehen der Schleimhaut der Fossae tonsillares, das zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben kann. Die Schleimhaut an der Plica glosso-epiglottica lateralis bis zum unteren Pol der betreffenden Tonsille ist in diesen Fällen dünn, von weiss-grauer oder gelblicher oder bräunlicher Farbe und erweckt den Anschein, als ob ein Geschwür oder eine Narbe vorhanden wäre. Meist sieht man diesen Zustand auf beiden Seiten. Es handelt sich um eine einfache Atrophie oder — noch richtiger — Hypotrophie der Mucosa und Submucosa, weswegen die Farbe von Fettträubchen, der Venen und des Zungenbeins hindurchschimmern. Verf. erklärt diese Hypotrophie als mechanisch bedingt durch die Passage der Bissen. Diese dehnen und comprimiren bei ihrem Durchgang die Rachenwände, was sich besonders da bemerkbar macht, wo die Mucosa ihrer Unterlage nicht fest anhaftet und wo die Entfernung der Gaumenbögen unter einander beim Deglutitionsact am grössten ist.

Verf. berichtet den Fall einer neuropathischen Frau, bei der das beschrie-

bene Aussehen der Tonsillargrube zwei Syphilidologen zur Annahme von Geschwüren und zur Einleitung von energischen Schmiercuren veranlasste.

FINDER.

55) **B. R. Shurly. Bemerkungen über Gaumenmandelerkrankungen und ihre chirurgischen Behandlungsmethoden. (Remarks on diseased tonsils and the surgical methods of treatment.)** *Detroit Medical Journal. September 1906.*

S. zieht die Galvanokaustik den anderen Methoden vor; sie ist angezeigt bei Hämophilie, Gefässanomalien etc. Chloroformnarkose ist um so gefährlicher, als viele der in Betracht kommenden Patienten den Status lymphaticus aufweisen.

In drei Fällen von postoperativer Blutung erwies sich Tamponade mit Adrenalinwatte als erfolgreich.

EMIL MAYER.

56) **George B. Wood. Die Aetiologie der Hyperkeratose der Tonsillen. (The etiology of the hyperkeratosis of the tonsils.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Es kann sein, dass der Einfluss gewisser Toxine, möglicherweise bacteriellen Ursprungs grade den Reiz ausübt, den das Epithel zum gesteigerten Wachsthum erfordert; dem Verf. erscheint es jedenfalls wahrscheinlicher, dass die Hyperkeratose der Tonsillarkrypten ein reiner functioneller Excess des Kryptenepithels ist. Fast alle Fälle neigen nach einer von einigen Monaten bis zu einem Jahre oder mehr variirenden Dauer zur Spontanheilung. Meist sieht man den Zustand in dem Lebensalter, wenn die Tonsillen Involution eingehen; ihre Grösse ist meist unerheblich.

EMIL MAYER.

57) **J. H. Farrell. Ein Fall zur Diagnose. (A case for diagnosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Larqngology. März 1906.*

Ein Fall von recidivirender Ulceration, zuerst auf der einen Tonsille, dann den aryepiglottischen Falten und der anderen Tonsille. Lupus, Cancer, Tuberculose und Syphilis konnten ausgeschlossen werden. Wahrscheinlich handelte es sich um einen Fall von Angina Vincenti.

EMIL MAYER.

58) **Jarquon** (Lyon). **Fremdkörper des Pharynx. Entfernung mittels der directen Kirstein'schen Methode. (Corps étranger du pharynx. Ablation par la méthode directe de Kirstein.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. Mai 1906.*

Der Fremdkörper sass in der Höhe des linken Sinus piriformis. Er wurde ohne Schwierigkeit mit Hülfe der directen Kirstein'schen Methode entfernt.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtherie und Croup.

59) **Albert A. Epstein. Eine neue einfache Methode zur Färbung der Polkörper in den Diphtheriebacillen. (A new simple method for staining the polar bodies of diphtheria bacills.)** *Journal of infectious diseases. 30. October 1906.*

Mittels der angegebenen Methode werden die Polkörper sehr scharf sichtbar und ihre Beziehung zu dem übrigen Theil des Mikroorganismus deutlich.

EMIL MAYER.

60) **M. E. Pennington. Die Virulenz der Diphtheriebacillen in der Mundhöhle gesunder Schulkinder und Diphtheriereconvalescenten. (The virulence of diphtheria organisms in the throats of well school children and diphtheria convalescents.)** *Journal of infectious diseases. 1. Januar 1907.*

10 pCt. der gesunden Schulkinder beherbergten in der Mundhöhle Mikroorganismen, die morphologisch mit Diphtheriebacillen identisch waren. Impfung von Meerschweinchen tödtete in 14 pCt. dieser Fälle die Thiere sehr prompt.

Solche Personen können eine Infectionsquelle bilden und müssen unter Aufsicht gehalten werden.

EMIL MAYER.

61) **J. Bauer** (Berlin). **Ueber den Befund von Diphtheriebacillen in „faulen Mundecken" und Panaritien.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 44. 1906.*

In einigen Fällen von „Perlèche" gelang es Bauer aus der Mundwinkelaffection ausser verschiedenen Kokkenarten auch Diphtheriebacillen zu züchten. Die Heilung wurde durch Pinseln mit Jodtinctur resp. durch Puder mit Xeroformpulver herbeigeführt.

SEIFERT.

62) **M. Leyrand. Diphthero-phlegmonöse Anginen. (Angines diphtéro-phlegmoneuses.)** *Arch. de méd. et de pharm. militaires. October 1906.*

Gelegentlich einer Diphtherieepidemie ein einem Regiment hat Verf. 5 Fälle beobachtet, wo die initiale Angina unter der Form einer peritonsillären Phlegmone auftrat. Die bacteriologische Untersuchung ergab den Loeffler'schen Bacillus. Bei 7 anderen Patienten hatte die Angina die gewöhnliche Form. Bei drei von den Patienten mit Phlegmone zeigten sich die Membranen sogleich, bei den beiden anderen nach 24 resp. 48 Stunden.

Verf. ist der Ansicht, dass die Phlegmone, die übrigens sehr schwer war, in den 5 Fällen durch den Diphtheriebacillus hervorgerufen wurde. Es waren sehr grosse Serumdosen zur Heilung nöthig.

A. CARTAZ.

63) **Notiz des Herausgebers. Ameisensäure bei Diphtherie. (Formic acid in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1907.*

Eine von Croom veröffentlichte Statistik über 100 Fälle scheint für die Wirksamkeit der Ameisensäure bei Diphtherie zu sprechen. Alle in das Edinburgh Fever Hospital aufgenommenen Patienten erhielten 10—14 Tage lang nach ihrer Aufnahme 5—20 Tropfen einer 25 proc. Lösung. Andererseits war die Behandlung ausserdem die bei Diphtherie übliche, einschliesslich der Anwendung von Serum.

Die Statistik wurde verglichen mit der einer gleichen Zahl von Fällen, die in den vorhergehenden Jahren ohne Ameisensäure behandelt wurden. Die Mortalität in Folge von Herzschwäche wurde von 8,6 pCt. auf 2 pCt. reducirt. Besonders hervorgehoben wird die Regelmässigkeit des Pulses in allen Fällen, auch wenn vorher Unregelmässigkeit desselben vorhanden war, deutliche Besserung des Allgemeinbefindens. Nur in 3 pCt. der Fälle war diphtheritische Lähmung vorhanden.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

64) **G. H. Makuen. Die Physiologie der Sprache und ihre Beziehung zur Behandlung des Stotterns. (The physiology of language and its relation of the treatment of stammering.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1907.*

M. definirt das Stottern als mehr oder weniger constante Unfähigkeit, frei zu sprechen, bedingt durch incoordinirte und spastische Action der respiratorischen, phonatorischen oder articulirenden Muskeln. Unter den Schulkindern befinden sich 1 pCt. Stotterer. Verf. hat ein „physiologisches Alphabet" construirt, dessen er sich zur Behandlung des Stotterns bedient.

LEFFERTS.

65) **W. E. Casselberry. Kehlkopfstörungen in Folge von Stimmgebrauch. (Laryngeal disturbances produced by voice use.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Folgende Zustände werden besprochen: Angiome, Papillome, Sängerknötchen, Stimmermüdung, Dysphonia spastica, und ihre Prophylaxe erörtert.

EMIL MAYER.

66) **N. T. Poock van Baggen. Halskrankheiten in Folge von Missbrauch der Stimme. (Throat diseases caused by the misuse of the voice.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Verf. kommt, ohne Neues oder Interessantes zu bringen, zu dem Schluss, dass alle Redner, die ihr Organ missbrauchen, besonders davor gewarnt werden müssen, zur Verbesserung ihrer Sprache Singstunden zu nehmen. Das Sprechen muss tadellos sein, bevor irgendwelche guten Resultate im Singen erzielt werden können. Vor sorgfältiger ärztlicher Behandlung, verbunden mit Schweigen, dürfen keine Uebungen unternommen werden.

LEFFERTS.

67) **Simonin. Hysterische Aphonie nach Erysipel. (Aphonie hystérique consécutive à une erysipèle infectieuse.)** *Société de médecine militaire française. 3. Januar 1907.*

Nach Ablauf eines Erysipels konnte Patient nicht ein Wort hervorbringen. Es bestand keinerlei Lähmung. Als hysterische Stigmata fanden sich Hypästhesie der perilaryngealen Gegend, der Mastoidregion, Fehlen der Plantarreflexe, Einschränkung des Gesichtsfelds. Heilung durch Suggestion und Elektricität.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

59) **Albert A. Epstein. Eine neue einfache Methode zur Färbung der Polkörper in den Diphtheriebacillen. (A new simple method for staining the polar bodies of diphtheria bacills.)** *Journal of infectious diseases. 30. October 1906.*

Mittels der angegebenen Methode werden die Polkörper sehr scharf sichtbar und ihre Beziehung zu dem übrigen Theil des Mikroorganismus deutlich.

EMIL MAYER.

60) **M. E. Pennington. Die Virulenz der Diphtheriebacillen in der Mundhöhle gesunder Schulkinder und Diphtheriereconvalescenten. (The virulence of diphtheria organisms in the throats of well school children and diphtheria convalescents.)** *Journal of infectious diseases. 1. Januar 1907.*

10 pCt. der gesunden Schulkinder beherbergten in der Mundhöhle Mikroorganismen, die morphologisch mit Diphtheriebacillen identisch waren. Impfung von Meerschweinchen tödtete in 14 pCt. dieser Fälle die Thiere sehr prompt.

Solche Personen können eine Infectionsquelle bilden und müssen unter Aufsicht gehalten werden.

EMIL MAYER.

61) **J. Bauer** (Berlin). **Ueber den Befund von Diphtheriebacillen in „faulen Mundecken" und Panaritien.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 44. 1906.*

In einigen Fällen von „Perlèche" gelang es Bauer aus der Mundwinkelaffection ausser verschiedenen Kokkenarten auch Diphtheriebacillen zu züchten. Die Heilung wurde durch Pinseln mit Jodtinctur resp. durch Puder mit Xeroformpulver herbeigeführt.

SEIFERT.

62) **M. Leyrand. Diphthero-phlegmonöse Anginen. (Angines diphtéro-phlegmoneuses.)** *Arch. de méd. et de pharm. militaires. October 1906.*

Gelegentlich einer Diphtherieepidemie ein einem Regiment hat Verf. 5 Fälle beobachtet, wo die initiale Angina unter der Form einer peritonsillären Phlegmone auftrat. Die bacteriologische Untersuchung ergab den Loeffler'schen Bacillus. Bei 7 anderen Patienten hatte die Angina die gewöhnliche Form. Bei drei von den Patienten mit Phlegmone zeigten sich die Membranen sogleich, bei den beiden anderen nach 24 resp. 48 Stunden.

Verf. ist der Ansicht, dass die Phlegmone, die übrigens sehr schwer war, in den 5 Fällen durch den Diphtheriebacillus hervorgerufen wurde. Es waren sehr grosse Serumdosen zur Heilung nöthig.

A. CARTAZ.

63) **Notiz des Herausgebers. Ameisensäure bei Diphtherie. (Formic acid in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1907.*

Eine von Croom veröffentlichte Statistik über 100 Fälle scheint für die Wirksamkeit der Ameisensäure bei Diphtherie zu sprechen. Alle in das Edinburgh Fever Hospital aufgenommenen Patienten erhielten 10—14 Tage lang nach ihrer Aufnahme 5—20 Tropfen einer 25proc. Lösung. Andererseits war die Behandlung ausserdem die bei Diphtherie übliche, einschliesslich der Anwendung von Serum.

Die Statistik wurde verglichen mit der einer gleichen Zahl von Fällen, die in den vorhergehenden Jahren ohne Ameisensäure behandelt wurden. Die Mortalität in Folge von Herzschwäche wurde von 8,6 pCt. auf 2 pCt. reducirt. Besonders hervorgehoben wird die Regelmässigkeit des Pulses in allen Fällen, auch wenn vorher Unregelmässigkeit desselben vorhanden war, deutliche Besserung des Allgemeinbefindens. Nur in 3 pCt. der Fälle war diphtheritische Lähmung vorhanden.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

64) **G. H. Makuen. Die Physiologie der Sprache und ihre Beziehung zur Behandlung des Stotterns. (The physiology of language and its relation of the treatment of stammering.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1907.*

M. definirt das Stottern als mehr oder weniger constante Unfähigkeit, frei zu sprechen, bedingt durch incoordinirte und spastische Action der respiratorischen, phonatorischen oder articulirenden Muskeln. Unter den Schulkindern befinden sich 1 pCt. Stotterer. Verf. hat ein „physiologisches Alphabet“ construirt, dessen er sich zur Behandlung des Stotterns bedient.

LEFFERTS.

65) **W. E. Casselberry. Kehlkopfstörungen in Folge von Stimmgebrauch. (Laryngeal disturbances produced by voice use.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Folgende Zustände werden besprochen: Angiome, Papillome, Sängerknötchen, Stimmermüdung, Dysphonia spastica, und ihre Prophylaxe erörtert.

EMIL MAYER.

66) **N. T. Poock van Baggen. Halskrankheiten in Folge von Missbrauch der Stimme. (Throat diseases caused by the misuse of the voice.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Verf. kommt, ohne Neues oder Interessantes zu bringen, zu dem Schluss, dass alle Redner, die ihr Organ missbrauchen, besonders davor gewarnt werden müssen, zur Verbesserung ihrer Sprache Singstunden zu nehmen. Das Sprechen muss tadellos sein, bevor irgendwelche guten Resultate im Singen erzielt werden können. Vor sorgfältiger ärztlicher Behandlung, verbunden mit Schweigen, dürfen keine Uebungen unternommen werden.

LEFFERTS.

67) **Simonin. Hysterische Aphonie nach Erysipel. (Aphonie hystérique consécutive à une erysipèle infectieuse.)** *Société de médecine militaire française. 3. Januar 1907.*

Nach Ablauf eines Erysipels konnte Patient nicht ein Wort hervorbringen. Es bestand keinerlei Lähmung. Als hysterische Stigmata fanden sich Hypästhesie der perilaryngealen Gegend, der Mastoidregion, Fehlen der Plantarreflexe, Einschränkung des Gesichtsfelds. Heilung durch Suggestion und Elektricität.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

59) **Albert A. Epstein. Eine neue einfache Methode zur Färbung der Polkörper in den Diphtheriebacillen. (A new simple method for staining the polar bodies of diphtheria bacills.)** *Journal of infectious diseases. 30. October 1906.*

Mittels der angegebenen Methode werden die Polkörper sehr scharf sichtbar und ihre Beziehung zu dem übrigen Theil des Mikroorganismus deutlich.

EMIL MAYER.

60) **M. E. Pennington. Die Virulenz der Diphtheriebacillen in der Mundhöhle gesunder Schulkinder und Diphtheriereconvalescenten. (The virulence of diphtheria organisms in the throats of well school children and diphtheria convalescents.)** *Journal of infectious diseases. 1. Januar 1907.*

10 pCt. der gesunden Schulkinder beherbergten in der Mundhöhle Mikroorganismen, die morphologisch mit Diphtheriebacillen identisch waren. Impfung von Meerschweinchen tödtete in 14 pCt. dieser Fälle die Thiere sehr prompt.

Solche Personen können eine Infectionsquelle bilden und müssen unter Aufsicht gehalten werden.

EMIL MAYER.

61) **J. Bauer** (Berlin). **Ueber den Befund von Diphtheriebacillen in „faulen Mundecken" und Panaritien.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 44. 1906.*

In einigen Fällen von „Perlèche" gelang es Bauer aus der Mundwinkelaffection ausser verschiedenen Kokkenarten auch Diphtheriebacillen zu züchten. Die Heilung wurde durch Pinseln mit Jodtinctur resp. durch Puder mit Xeroformpulver herbeigeführt.

SEIFERT.

62) **M. Leyraud. Diphthero-phlegmonöse Anginen. (Angines diphtéro-phlegmoneuses.)** *Arch. de méd. et de pharm. militaires. October 1906.*

Gelegentlich einer Diphtherieepidemie ein einem Regiment hat Verf. 5 Fälle beobachtet, wo die initiale Angina unter der Form einer peritonsillären Phlegmone auftrat. Die bacteriologische Untersuchung ergab den Loeffler'schen Bacillus. Bei 7 anderen Patienten hatte die Angina die gewöhnliche Form. Bei drei von den Patienten mit Phlegmone zeigten sich die Membranen sogleich, bei den beiden anderen nach 24 resp. 48 Stunden.

Verf. ist der Ansicht, dass die Phlegmone, die übrigens sehr schwer war, in den 5 Fällen durch den Diphtheriebacillus hervorgerufen wurde. Es waren sehr grosse Serumdosen zur Heilung nöthig.

A. CARTAZ.

63) **Notiz des Herausgebers. Ameisensäure bei Diphtherie. (Formic acid in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1907.*

Eine von Croom veröffentlichte Statistik über 100 Fälle scheint für die Wirksamkeit der Ameisensäure bei Diphtherie zu sprechen. Alle in das Edinburgh Fever Hospital aufgenommenen Patienten erhielten 10—14 Tage lang nach ihrer Aufnahme 5—20 Tropfen einer 25proc. Lösung. Andererseits war die Behandlung ausserdem die bei Diphtherie übliche, einschliesslich der Anwendung von Serum.

Die Statistik wurde verglichen mit der einer gleichen Zahl von Fällen, die in den vorhergehenden Jahren ohne Ameisensäure behandelt wurden. Die Mortalität in Folge von Herzschwäche wurde von 8,6 pCt. auf 2 pCt. reducirt. Besonders hervorgehoben wird die Regelmässigkeit des Pulses in allen Fällen, auch wenn vorher Unregelmässigkeit desselben vorhanden war, deutliche Besserung des Allgemeinbefindens. Nur in 3 pCt. der Fälle war diphtheritische Lähmung vorhanden.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

64) **G. H. Makuen. Die Physiologie der Sprache und ihre Beziehung zur Behandlung des Stotterns. (The physiology of language and its relation of the treatment of stammering.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1907.*

M. definirt das Stottern als mehr oder weniger constante Unfähigkeit, frei zu sprechen, bedingt durch incoordinirte und spastische Action der respiratorischen, phonatorischen oder articulirenden Muskeln. Unter den Schulkindern befinden sich 1 pCt. Stotterer. Verf. hat ein „physiologisches Alphabet" construirt, dessen er sich zur Behandlung des Stotterns bedient.

LEFFERTS.

65) **W. E. Casselberry. Kehlkopfstörungen in Folge von Stimmgebrauch. (Laryngeal disturbances produced by voice use.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Folgende Zustände werden besprochen: Angiome, Papillome, Sängerknötchen, Stimmermüdung, Dysphonia spastica, und ihre Prophylaxe erörtert.

EMIL MAYER.

66) **N. T. Poock van Baggen. Halskrankheiten in Folge von Missbrauch der Stimme. (Throat diseases caused by the misuse of the voice.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Verf. kommt, ohne Neues oder Interessantes zu bringen, zu dem Schluss, dass alle Redner, die ihr Organ missbrauchen, besonders davor gewarnt werden müssen, zur Verbesserung ihrer Sprache Singstunden zu nehmen. Das Sprechen muss tadellos sein, bevor irgendwelche guten Resultate im Singen erzielt werden können. Vor sorgfältiger ärztlicher Behandlung, verbunden mit Schweigen, dürfen keine Uebungen unternommen werden.

LEFFERTS.

67) **Simonin. Hysterische Aphonie nach Erysipel. (Aphonie hystérique consécutive à une erysipèle infectieuse.)** *Société de médecine militaire française. 3. Januar 1907.*

Nach Ablauf eines Erysipels konnte Patient nicht ein Wort hervorbringen. Es bestand keinerlei Lähmung. Als hysterische Stigmata fanden sich Hypästhesie der perilaryngealen Gegend, der Mastoidregion, Fehlen der Plantarreflexe, Einschränkung des Gesichtsfelds. Heilung durch Suggestion und Elektricität.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

59) **Albert A. Epstein. Eine neue einfache Methode zur Färbung der Polkörper in den Diphtheriebacillen. (A new simple method for staining the polar bodies of diphtheria bacills.)** *Journal of infectious diseases. 30. October 1906.*

Mittels der angegebenen Methode werden die Polkörper sehr scharf sichtbar und ihre Beziehung zu dem übrigen Theil des Mikroorganismus deutlich.

EMIL MAYER.

60) **M. E. Pennington. Die Virulenz der Diphtheriebacillen in der Mundhöhle gesunder Schulkinder und Diphtheriereconvalescenten. (The virulence of diphtheria organisms in the throats of well school children and diphtheria convalescents.)** *Journal of infectious diseases. 1. Januar 1907.*

10 pCt. der gesunden Schulkinder beherbergten in der Mundhöhle Mikroorganismen, die morphologisch mit Diphtheriebacillen identisch waren. Impfung von Meerschweinchen tödtete in 14 pCt. dieser Fälle die Thiere sehr prompt.

Solche Personen können eine Infectionsquelle bilden und müssen unter Aufsicht gehalten werden.

EMIL MAYER.

61) **J. Bauer** (Berlin). **Ueber den Befund von Diphtheriebacillen in „faulen Mundecken" und Panaritien.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 44. 1906.*

In einigen Fällen von „Perlèche" gelang es Bauer aus der Mundwinkelaffection ausser verschiedenen Kokkenarten auch Diphtheriebacillen zu züchten. Die Heilung wurde durch Pinseln mit Jodtinctur resp. durch Puder mit Xeroformpulver herbeigeführt.

SEIFERT.

62) **M. Leyrand. Diphthero-phlegmonöse Anginen. (Angines diphtéro-phlegmoneuses.)** *Arch. de méd. et de pharm. militaires. October 1906.*

Gelegentlich einer Diphtherieepidemie ein einem Regiment hat Verf. 5 Fälle beobachtet, wo die initiale Angina unter der Form einer peritonsillären Phlegmone auftrat. Die bacteriologische Untersuchung ergab den Loeffler'schen Bacillus. Bei 7 anderen Patienten hatte die Angina die gewöhnliche Form. Bei drei von den Patienten mit Phlegmone zeigten sich die Membranen sogleich, bei den beiden anderen nach 24 resp. 48 Stunden.

Verf. ist der Ansicht, dass die Phlegmone, die übrigens sehr schwer war, in den 5 Fällen durch den Diphtheriebacillus hervorgerufen wurde. Es waren sehr grosse Serumdosen zur Heilung nöthig.

A. CARTAZ.

63) **Notiz des Herausgebers. Ameisensäure bei Diphtherie. (Formic acid in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1907.*

Eine von Croom veröffentlichte Statistik über 100 Fälle scheint für die Wirksamkeit der Ameisensäure bei Diphtherie zu sprechen. Alle in das Edinburgh Fever Hospital aufgenommenen Patienten erhielten 10—14 Tage lang nach ihrer Aufnahme 5—20 Tropfen einer 25proc. Lösung. Andererseits war die Behandlung ausserdem die bei Diphtherie übliche, einschliesslich der Anwendung von Serum.

Die Statistik wurde verglichen mit der einer gleichen Zahl von Fällen, die in den vorhergehenden Jahren ohne Ameisensäure behandelt wurden. Die Mortalität in Folge von Herzschwäche wurde von 8,6 pCt. auf 2 pCt. reducirt. Besonders hervorgehoben wird die Regelmässigkeit des Pulses in allen Fällen, auch wenn vorher Unregelmässigkeit desselben vorhanden war, deutliche Besserung des Allgemeinbefindens. Nur in 3 pCt. der Fälle war diphtheritische Lähmung vorhanden.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

64) **G. H. Makuen. Die Physiologie der Sprache und ihre Beziehung zur Behandlung des Stotterns. (The physiology of language and its relation of the treatment of stammering.)** *N. Y. Medical Record. 12. Februar 1907.*

M. definirt das Stottern als mehr oder weniger constante Unfähigkeit, frei zu sprechen, bedingt durch incoordinirte und spastische Action der respiratorischen, phonatorischen oder articulirenden Muskeln. Unter den Schulkindern befinden sich 1 pCt. Stotterer. Verf. hat ein „physiologisches Alphabet" construirt, dessen er sich zur Behandlung des Stotterns bedient.

LEFFERTS.

65) **W. E. Casselberry. Kehlkopfstörungen in Folge von Stimmgebrauch. (Laryngeal disturbances produced by voice use.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Folgende Zustände werden besprochen: Angiome, Papillome, Sängerknötchen, Stimmermüdung, Dysphonia spastica, und ihre Prophylaxe erörtert.

EMIL MAYER.

66) **N. T. Poock van Baggen. Halskrankheiten in Folge von Missbrauch der Stimme. (Throat diseases caused by the misuse of the voice.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Verf. kommt, ohne Neues oder Interessantes zu bringen, zu dem Schluss, dass alle Redner, die ihr Organ missbrauchen, besonders davor gewarnt werden müssen, zur Verbesserung ihrer Sprache Singstunden zu nehmen. Das Sprechen muss tadellos sein, bevor irgendwelche guten Resultate im Singen erzielt werden können. Vor sorgfältiger ärztlicher Behandlung, verbunden mit Schweigen, dürfen keine Uebungen unternommen werden.

LEFFERTS.

67) **Simonin. Hysterische Aphonie nach Erysipel. (Aphonie hystérique consécutive à une erysipèle infectieuse.)** *Société de médecine militaire française. 3. Januar 1907.*

Nach Ablauf eines Erysipels konnte Patient nicht ein Wort hervorbringen. Es bestand keinerlei Lähmung. Als hysterische Stigmata fanden sich Hypästhesie der perilaryngealen Gegend, der Mastoidregion, Fehlen der Plantarreflexe, Einschränkung des Gesichtsfelds. Heilung durch Suggestion und Elektricität.

A. CARTAZ.

68) **W. Brunk. Die systematische Untersuchung des Sprachorgans bei angeborenem Gaumendefect in ihrer Beziehung zur Prognose und Therapie.** *Diss. Leipzig 1906.*

In der unter H. Gutzmann angefertigten Dissertation kommt B. zu folgenden Resultaten: Bei jedem angeborenen Gaumendefecte muss nach der Operation oder der Anlegung eines Obturators eine sorgfältige sprachärztliche Untersuchung sowohl in anatomischer wie in physiologischer Hinsicht erfolgen. Erst durch die Untersuchung kann entschieden werden, ob die erfolgte Operation allein die zur Erwartung der guten Sprache nöthigen Vorbedingungen geschaffen hat, oder ob ausser der Operation noch Prothesen angewandt werden müssen. Erst durch diese Untersuchung kann auch bei Anlegung von Obturatoren entschieden werden, ob der Pflock gross genug ist und ob er richtig wirkt. Deshalb muss die Vulcanisation bis zur Feststellung dieser mehrfach zu wiederholenden sprachärztlichen Untersuchung verschoben werden. Rhinopharyngologische Eingriffe sollten bei Gaumendefecten immer nur unter ständiger Controle mittelst sprachärztlicher Untersuchungsmethoden geschehen. Bei angeborenen Gaumenspalten muss das Gehörvermögen genau untersucht, müssen Gehörleiden behandelt werden. Neben der sprachärztlichen Therapie müssen bei angeborenen Gaumenspalten Athmungsübungen gemacht werden, welche die zum normalen Sprechen nöthige lange Exspiration erzielen.

J. KATZENSTEIN.

69) **G. Hellulder** (Haarlem). **Untersuchung über das Stottern unter den Schulkindern in den Niederlanden. (Onderzoek naar het stottergebrek onder de schoolkinderen in Nederland.)** Rapport. *Ned. Tydschr. v. Geneesk. I. No. 17. 1906.*

In Folge eines Beschlusses der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde wurden mit Hülfe des Lehrerpersonals von einigen Mitgliedern der Gesellschaft Untersuchungen angestellt an sämmtlichen stotternden Schülern in Rotterdam, Utrecht, Groningen, Haarlem und Arnheim. Die Statistik umfasst 68914 Kinder. Von diesen stotterten 745 (= ca. 1 pCt., also ein ähnliches Resultat, wie auch in anderen Ländern erhalten wurde). Von den Knaben stotterten 1,64 pCt., von den Mädchen 0,44 pCt. Der Grad des Uebels ist in 495 Fällen angegeben. Von 407 stotternden Knaben waren 22 pCt., von 88 Mädchen 13,5 pCt. schwere Fälle. Stotterer mässigen Grades waren 36,5 pCt. der Knaben, 31 pCt. der Mädchen; leichten Grades resp. 41,5 pCt. und 55,5 pCt. Die Prävalenz des männlichen Geschlechts betrachtet M. wegen des übereinstimmenden Verhaltens bei der Hämophilie und der Farbenblindheit als eine Stütze für die Auffassung der erblichen Genese des Stotterns. Von Gutzmann werde der Erblichkeit eine zu geringe Rolle zugemessen, dagegen die Bedeutung accidenteller Ursachen, namentlich der psychischen Infection, sehr übertrieben.

Wegen ungenügender Ausfüllung der Zählkarten blieb die Frage, ob das Stottern während der Schuljahre an Häufigkeit zunimmt, ungelöst. Allein von 446 Stotterern steht fest, dass sie bereits vor dem 3. Jahre, also vom ersten Sprechen an, stotterten; 108 weitere Kinder stotterten vor dem 6. Jahre, nur 79 später, 72 unbekannt.

Die Frage nach dem Vorkommen mehrerer Stotterer in derselben Familie wurde mit Bezug auf 526 Kinder beantwortet, und zwar kamen in den Familien von 216 derselben noch weitere Stotterer vor. Die verschiedene Weise, in der die Fragen von den verschiedenen Mitarbeitern aufgefasst und beantwortet wurden, erlaubt nicht statistische Schlüsse zu ziehen mit Bezug auf erbliche Belastung und intellectuellen Defect, doch werden von vielen Kindern diesbezügliche Mittheilungen gemacht. Zurückbleiben in der Schule kam verhältnissmässig bei den stotternden Kindern mehr als bei den andern Kindern vor. Von 410 Stotterern waren 41,2 pCt. ein oder mehr Jahre, 10 pCt. zwei oder mehr Jahre, 7,3 pCt. drei oder mehr Jahre in der Schule zurück. Von den sprachgesunden Kindern dieser Schulen waren 13 pCt. zwei oder mehr und nur 2 pCt. drei oder mehr Jahre zurück.

Linkshändigkeit kam bei 49 unter 513 (= 10 pCt.) der stotternden Schulkinder vor; adenoide Vegetationen bei ca. 40 pCt.

Nur in sehr wenigen Fällen wurde das Stottern einem Schreck, einer psychischen Aufregung, einer ernsten Krankheit, einer chirurgischen Operation zugeschrieben. Auch die psychische Infection wird in dieser Enquete nur selten als Ursache erwähnt.

Mit Bezug auf die zu empfehlenden Bekämpfungsmassregeln kommen die deutschen Stottererkurse, welche an den gewöhnlichen Schulen abgehalten werden, und die Staatsschule mit Internat, wie in Dänemark, in Betracht. H. BURGER.

70) **F. Massei. Die Bedeutung der Anästhesie des Larynxeingangs bei Lähmung des Nervus recurrens. (The significance of anaesthesia of the entrance of the larynx in paralysis of the recurrent laryngeal nerve.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1906.*

1. Kehlkopfanästhesie ist auch in den Fällen von Recurrenslähmung vorhanden, die nicht den Avellis'schen Symptomencomplex aufweisen. 2. Die Sensibilitätsstörungen sind grösser, wenn der linke Recurrens afficirt ist, woraus geschlossen werden kann, da dieser länger und stärker als der rechte ist, dass er eine grössere Anzahl sensibler Fasern enthält. 3. Der Umstand, dass nur der Kehlkopfeingang anästhetisch ist, Berührung der Stimmlippen aber Husten auslöst, führt zu der Annahme, dass der N. laryngeus inferior die Sensibilität des subglottischen Raumes, vielleicht von den Stimmlippen abwärts, besorgt.

LEFFERTS.

71) **Gaudier und Bernard. Doppelseitige Recurrenslähmung. (Paralysie récurrentielle bilatérale.)** *Écho méd. du Nord. 3. Januar 1906.*

Doppelseitige Recurrenslähmung nach einem leichten Trauma. Erheblicher Luftmangel; Tracheotomie. Da kein objectiver Grund für die Lähmung auffindbar ist und hysterische Stigmata, wie Anästhesie der Haut und des Pharynx bestehen, so glauben Verf., dass eine doppelseitige Erweitererlähmung vorliegt.

A. CARTAZ.

72) **Gerard Ferreri. Husten bei Erkrankungen des Recurrens. (Cough in diseases of the recurrent nerve.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Verf. nimmt an, dass durch Reizung der centralen Portion des N. laryngeus inferior eine Contraction der Exspirationsmuskeln hervorgerufen wird; wäre dies wahr, so würde — schliesst er weiter — ohne jedes andere Experiment bewiesen sein, erstlich, dass der Recurrens selbst mit einer Anzahl sensibler Fasern die Trachealschleimhaut versorgt, ferner, dass der Husten nicht allein von einer irritativen Verletzung des N. laryngeus superior herrühren kann, sondern dass er direct abhängt von der parenchymatösen Neuritis des N. recurrens.

EMIL MAYER.

73) **Sir Felix Semon. Schweigen als ein Hülfsmittel bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Silence as an adjuvant in the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 15. December 1906.*

Wiedergabe des vor der Berliner laryngologischen Gesellschaft in der Sitzung vom 16. November 1906 gehaltenen Vortrags.

LEFFERTS.

74) **Waldmann. Styracol in der Behandlung der Larynxphthise.** *„Gégéscet. No. 2. 1906. Beilage zu „Budapesti Orvosi Ujság".*

Nach W. übt das Styracol einen günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden der Phthisiker; es lindert den Hustenreiz, hebt den Appetit, vermindert das Fieber.

v. NAVRATIL.

75) **Luc. Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Traitement de la tuberculose laryngée.)** *Journal des Practitiens. 2. Februar 1907.*

In dieser allgemeinen Uebersicht über die Behandlungsmethode der Kehlkopfschwindsucht betont Verf. nach Semon die Bedeutung der Schweigekur. Ferner zeigt er die guten Resultate, die bisweilen die Galvanocauterisation giebt.

A. CARTAZ.

76) **Mendel. Resultate der intratrachealen Behandlung bei Lungentuberculose. (Résultats de la thérapeutique intratrachéale dans la tuberculose pulmonaire.)** *Société de l'internat. de Paris. 27. December 1906.*

Verf. hat mit den intratrachealen Injectionen ausgezeichnete Resultate erzielt. Er hat täglich 9 ccm 1—10proc. Eucalyptusöls injicirt. Selbst in fieberhaften Fällen trat unter dieser Behandlung Verminderung des Hustens, der Expectoration und Besserung des Allgemeinbefindens ein.

A. CARTAZ.

77) **W. B. Harland. Intratracheale und intralaryngeale Injection. (Intratracheal and intralaryngeal injections.)** *Journal of the American Medical Association. 5. Januar 1907.*

H. ist der Ansicht, dass der Grund, warum die Injectionen nicht allgemeiner in Gebrauch sind, darin liegt, dass sie täglich oder jeden zweiten Tag gemacht werden müssen und auch weil zur Aneignung der Technik Geduld und Sorgfalt gehört. Die Injectionen können einen sedativen oder baktericiden Zweck haben. Er empfiehlt diese Behandlungsmethode in Fällen von chronischem katarrhalischen Husten, chronischer Tracheitis, Bronchitis, Bronchiectasie, Bronchorrhoe, Lungen-

abscess, Lungengangrän, in manchen Fällen von Hämoptoe, Lungentuberculose, einfacher Tuberculose oder syphilitischer Laryngitis. Contraindicirt sind sie im acuten hyperämischen Stadium jeder Entzündung. Hämoptoe gilt im Allgemeinen als Contraindication.

Als Sedativa empfiehlt er in einem Vehikel, wie Olivenöl, folgende Mittel: Menthol 1—10 pCt.; Heroin 0,0025 pCt.; Morphin 0,008 pCt.; Chloroform 0,3 pCt.; Chloreton 1 pCt.; Camphor 0,5—2 pCt.; als Expectorantia: Creosot 1—2 pCt.; Guajacol 1—2 pCt.; Jod in einer hellgelben Lösung; als Antiseptica: Thymolöl 2 pCt.; Eucalyptusöl 2 pCt.; Ol. Cinnamomi 2 pCt.; Gaultheriaöl 2 pCt.; Salol 3 pCt.; Ichthyol 2 pCt.; Jodoform 0,008; Kal. permangan. 0,008 pCt.

Als gute Combination empfiehlt er folgende:

Rp. Creosot.
Menthol aa 0,3—0,65.
Ol. olivar. 30,0.

Zu jeder Dosis davon kann Heroin (0,0025) oder Morphin (0,008) hinzugesetzt werden, wenn der Husten ein besonders hervorstechendes Symptom bildet. Ist die Expectoration fötid oder enthält sie Tuberkelbacillen, so kann Jodoform (0,03) hinzugefügt werden.

Auch folgende Formel ist zu empfehlen:

Rp. Jodoform.
Guajacol.
Essent. thym.
Essent. Cinnamom.
Essent. eucalypt. aa 4,0.
Ol. Olivar. 90,0.

Oder: Rp. Thymol.
Menthol. aa 4,0.
Salol. 8,0.
Ol. Olivar. 150,0.
MDS. Auflösen im Wasserbad.

Bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren mit Dysphagie räth Verf.:

Rp. Heroin. hydrochlorat. 0,2.
Aq. dest. 30,0.

S. Ein paar Tropfen der gewärmten Lösung vor dem Essen in das Geschwür zu träufeln.

Freudenthal empfiehlt eine von 1 pCt. allmälig zu 10 pCt. steigende Lösung von Menthol. Auch folgende Combination ist anzurathen:

Rp. Menthol 1,30.
Pulv. acaciae.
Ol. amygdal.
Aq. dest. aa 10,0.
Mf. emulsio; adde
Spiritus frumenti 15,0.
Aq. dest. 60,0.

MDS. Ein bis zwei Theelöffel in den Larynx zu injiciren. EMIL MAYER.

78) **James E. Newcomb. Trachealerkrankungen. Anomalien, Blutung, Entzündungen und Infectionen. (Diseases of the trachea. Anomalies, hemorrhage, inflammations und infections.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906.

EMIL MAYER.

79) **Clement F. Theisen. Geschwülste der Trachea. (Tumors of the trachea.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906.

EMIL MAYER.

80) **Enderlein. Endotrachealer Kropf. (Endotracheal goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 20. October 1906.*

Das Vorkommen solcher Geschwülste kann von practischer Bedeutung sein; hauptsächlich haben sie anatomisches Interesse. Verf. berichtet die Geschichte seines Falles und giebt einen summarischen Ueberblick über die 15 gleichen Fälle, die er in der Literatur hat auffinden können. Es scheint daraus hervorzugehen, dass diese Tumoren bei Frauen häufiger sind, als bei Männern; 12 der Fälle betreffen Frauen und nur 3 Männer. Das Alter war zwischen 15—40 Jahren. Verf. glaubt, dass die Mehrzahl der Tumoren sich in der Pubertätszeit entwickelt. In 5 Fällen war der Sitz der Geschwulst ausschliesslich an der Hinterwand, in 6 Fällen dehnte er sich von dort auf eine oder beide Seitenwände aus, in zwei war er auf eine Seite beschränkt, in einem Fall war der Sitz nur an der Vorderwand. Es bleibt noch ein Fall (Radestock), wo der Tumor am Eingang des rechten Bronchus sass; der Fall ist aber von Paltauf in Zweifel gezogen worden. Der Tumor ist im Allgemeinen rundlich oder cylindrisch, die Ansatzstelle ist breit, die Oberfläche glatt und besteht aus intacter Schleimhaut. In 11 Fällen war die Schilddrüse selbst vergrössert. Die mikroskopische Untersuchung ergab fast in allen Fällen, dass es sich um Colloidkropf handelte. Das einzige erwähnte Symptom ist Dyspnoe, die allmälig so stark wird, dass ein chirurgischer Eingriff nöthig wird. Wenn der Tumor klein ist, so kann dauernde Heilung durch Schilddrüsenfütterung herbeigeführt werden; die chirurgische Behandlung besteht in Abtragung nach Tracheotomie oder Laryngotracheotomie.

Man hatte früher vermuthet, dass diese Tumoren Auswüchse der Schillddrüse darstellen, die irgendwie in die Trachea ihren Weg gefunden haben, man hat aber keinen Defect in der Trachea gefunden, durch den dieses Hineinwachsen des Tumors hätte vor sich gehen können. Die Annahme von Bruns, Wölfler und Anderen, dass es sich um eine Proliferation von eingeschlossenem Schilddrüsengewebe handelt, scheint demnach gerechtfertigt.

LEFFERTS.

81) **J. Erdély** (Budapest). **Zwei Fälle von Durchbruch käsig entarteter peribronchialer Drüsen in die Luftwege. Bronchoskopie. Heilung. (Hörgköruli, sajtosan elfajues mirigy attörése a légutakba két esetben. Bronchoskopia. Gyógyulás.)** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1906.*

Die betreffenden Fälle sind von Doc. Winternitz behandelt worden und

werden nächster Zeit in Gemeinschaft mehrerer bronchoskopischer Fälle von ihm ausführlich mitgetheilt, weshalb wir jetzt auf nähere Beschreibung verzichten.

V. NAVRATIL-POLYAK.

82) **William Kelly Simpson. Stenose der Trachea. (Stenosis of the trachea.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

83) **Lenzi. Beitrag zur Pathologie der Schilddrüse. (Contributo alla patologia della glandola tiroide.)** *XVIII. Congr. d. Soc. di Chir. Pisa 1905.*

Bei der Untersuchung gewisser cystischer Tumoren in der Mittellinie des Halses, deren pathogenetische Erklärung in jüngster Zeit viel discutirt wurde, konnte L. nachweisen, dass im Unterschied zu den lateralen (branchialen) Cysten es sich hier um eigenthümliche Formen accessorischer Drüsen in cystischer Degeneration handelt. In der That konnte man in ihrer Wandung die Anwesenheit von Schilddrüsenfollikeln in 9 unter den 10 untersuchten Fällen nachweisen. Wenn man auch bisher im Allgemeinen für diese Tumoren den Ursprung von der Schilddrüse annahm, so wurde ein solcher histologischer Befund bisher nur ausnahmsweise erhoben.

Angesichts zweier Fälle von Strumen mit aussergewöhnlichem Sitz — der eine auf der Zunge, der andere in der Regio suprahyoidea —, bei denen nach Abtragung des Tumors das klassische Bild des Myxödems auftrat, spricht Verf. die Ansicht aus, dass diese Tumoren nicht bloss die Bedeutung einfacher accessorischer Drüsen haben, sondern dass ihnen eine wichtige physiologische Rolle zufällt. In Anbetracht der Häufigkeit, mit der Myxödem nach Abtragung solcher Tumoren auftritt (20 pCt.), ist den Chirurgen zu rathen, dass sie bei der Operation gewisse Cautelen beobachten.

Schliesslich theilt Verf. mit, dass er bei Untersuchungen über die Function der Parathyroiddrüsen beim Hunde nicht mit derselben Constanz, wie andere Autoren, Erscheinungen von acuter Intoxication mit rapidem tödtlichen Verlauf beobachtet hat: er hat vielmehr gesehen, dass die Parathyreoidectomie, wenn auch fast stets zum Tode führend, zu charakteristischen Erscheinungen von parathyreoidaler Insufficienz nur ausnahmsweise führen.

FINDER.

84) **Rodolfo Stevani. Der endemische Kropf. (Il tiroidismo endemico.)** *Bollett. della malattie dell'orecchio, della gola etc. No. III. 1906.*

Verf. hat seine sich über einen Zeitraum von $1^1/_2$ Jahren erstreckenden Untersuchungen in einer der kropfreichsten Gegenden Italiens, dem Val Seriana (Bergamo), angestellt. Er kommt auf Grund seiner Ergebnisse zu dem Schluss, dass das kropfmachende Agens in einem Fäulnissproduct zu suchen sei, das durch das Trinkwasser dem Verdauungstractus zugeführt wird. Zum Zustandekommen dieser chronischen Intoxication wirken eine Anzahl meteorologischer, geologischer, öconomischer und socialer Ursachen zusammen, die Verf. des Näheren studirt hat.

Die toxische thermostabile Substanz, die den endemischen Kropf verursacht, soll nach Ansicht des Verf.'s dadurch wirken, dass sie entweder im Wasser selbst auf chemischem Wege einige zur Ernährung nothwendige Salze neutralisirt oder im Organismus einen toxischen Effect ausübt, auf den die Thyreoidea reagirt, indem sie in Folge Ueberarbeitung hypertrophisch wird.

FINDER.

85) **Haldor Snere Morbus Basedow. (Graves disease.)** *St. Paul Medical Journal. 17. November 1906.*

Morbus Basedow ist eine vasomotorische Erkrankung, die Struma ist nur eins der Symptome. Die Lehre vom Hyperthyreoidismus ist eine bisher nicht bewiesene Theorie. Medicamentöse Behandlung genügt, um eine klinische Heilung herbeizuführen.

EMIL MAYER.

86) **Dean S. Lewis. Die pathologische Anatomie des Morbus Basedow. (The pathological anatomy of exophthalmic goitre.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. October 1906.*

Histologisch charakterisirt sich der Morbus Basedow zunächst durch excessive Epithelproliferation nebst Bildung grosser irregulärer Follikel, die von papillären Einwüchsen angefüllt sind. Die Epithelzellen werden cylindrisch. Histologisch unterscheidet sich der Vorgang der Secretion nicht von dem durch Anderson bei normalen Drüsen, die durch Pilocarpininjectionen zu gesteigerter Secretion angeregt waren, beschriebenen. Dieselben histologischen Veränderungen wurden beschrieben bei Drüsen mit compensatorischer Hypertrophie. Colloid, wenn es vorhanden ist, ist meist feingranulirt und färbt sich schwach. Es findet sich als Secretions- und als Degenerationsproduct.

Der Kropf in secundären Fällen unterscheidet sich histologisch nicht vom einfachen parenchymatösen oder Colloidkropf. Die von Farner beschriebenen Erscheinungen von gesteigerter Secretion sind inconstant. Der klinische Verlauf der secundären Fälle ist milder und ihre Prognose ist besser. Mikroskopisch ist es unmöglich, die Secretion zu beurtheilen; es kann sein, dass die primären Fälle mit Dysthyreoidismus, die secundären mit Hyperthyreoidismus einhergehen.

EMIL MAYER.

87) **Alfred Stengel. Symptomatologie, Diagnose und medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (Symptomatology, diagnosis and medical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1906.*

Beschreibung der Symptome, Betrachtungen über den Werth der medicamentösen Behandlung und über die Indicationen für den chirurgischen Eingriff.

LEFFERTS.

88) **A. Vanderhoof. Bericht über zwei Fälle von Morbus Basedow bei Männern. (Report of two cases of exophthalmic goiter in man.)** *Journal of the American Medical Association. 10. November 1906.*

I. 47jähriger Mann. Die Symptome werden durch Behandlung so weit gebessert, dass sie den Patienten nicht stören, so lange er nicht arbeitet; arbeitet er, so treten sie wieder auf.

II. 36jähriger Mann; Anamnese negativ. Behandlung besteht in Thyreodin mit Strychnin. Sehr rapide Besserung. EMIL MAYER.

89) **Tolot** und **Sarvonat. Osteomalacie und Morbus Basedow. (Ostéomalacie et goitre exophthalmique.)** *Revue de médecine. Mai 1906.*

Fall einer 52jährigen Frau, die seit ihrer Jugend an Morbus Basedow leidet. Seit einigen Monaten Paraplegie in Folge Erkrankung der Wirbelsäule. Bei der Autopsie findet sich ein grosser Kropf und Osteomalacie.

Verf. haben 11 gleiche Beobachtungen aufgefunden. Sie glauben, dass in Folge Erkrankung der Drüsen mit innerer Secretion, wie der Schilddrüse, die Mineralisation der Knochen behindert oder eine Entkalkung derselben hervorgerufen wird. A. CARTAZ.

90) **John Rogers. Ein Serum von therapeutischem Werth bei der Behandlung des Morbus Basedow. (A serum having therapeutical value in the treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 8. September 1906.*

Atypische Fälle der Erkrankung werden nach Ansicht des Verf. oft übersehen. Er theilt den Thyreoidismus in folgende 5 Gruppen: 1. Einfacher chronischer Morbus Basedow oder Thyreoidismus. 2. Atypischer Thyreoidismus. 3. Chronische toxische Fälle von Thyreoidismus. 4. Acuter toxischer Thyreoidismus. 5. Psychopathische oder neuropathische Fälle von Thyreodismus. Er giebt dann die Symptomatologie der verschiedenen Arten und beschreibt die Herstellung eines antitoxischen oder antithyreoidalen Serums, das durch Impfung von Kaninchen, Hunden oder Schafen mit den combinirten Nucleoproteinen und Thyreoglobulin aus normalen menschlichen Drüsen gewonnen wird.

Es wurden 90 Patienten behandelt, von denen 23 von allen Symptomen des Thyreoidismus geheilt, 52 mehr minder gebessert, 11 nicht gebessert wurden und 4 starben. In prognostischer Beziehung ist zunächst ausschlaggebend die Art der Struma, dann die Dauer der Erkrankung und ihr klinisches Bild. Patienten mit weicher Schilddrüse reagiren leicht auf die Behandlung, das Gegentheil ist in den acuten toxischen Fällen mit Fieber der Fall. Die schlechteste Prognose geben die chronischen toxischen Fälle mit schweren Symptomen. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

91) **R. Marie. Leukoplakie der Speiseröhre. (Leucoplasie oesophagienne.)** *Soc. anat. Paris. 4. Januar 1907.*

Verf. demonstrirt mikroskopische Präparate von veritablen Plaques der Oesophagusschleimhaut. Eine Leukoplakia buccalis bestand nicht. A. CARTAZ.

92) **Sencert. Enorme Dilatation des Brusttheils der Speiseröhre. (Dilatation énorme de l'oesophage thoracique.)** *Revue méd. de l'Est. No. 15. 1906.*

Bei einem 68jährigen Mann, der seit ungefähr 10 Jahren an dysphagischen Beschwerden litt, trat ziemlich plötzlich völlige Unmöglichkeit, Nahrung aufzunehmen, ein. Die Sondirung der Speiseröhre ergab ein unüberwindliches Hinderniss, 27 cm von den Schneidezähnen. Mit dem Oesophagoskop dringt man in

eine weite Höhle, aus der keine Ausgangsöffnung zu finden ist. Verf. neigt zu der Annahme, dass das Divertikel die Folge einer angeborenen Missbildung sei.

A. CARTAZ.

93) G. Strazza. **Ueber einen seit einem Monat im Oesophagus befindlichen Fremdkörper, diagnosticirt und extrahirt mittels der Oesophagoskopie. (Un caso di corpo estraneo da un mese nell'esofago diagnosticato ed estratto per mezzo dell'esofagoscopia.)** *Arch. Ital. di Laringologia. I. 1907.*

Der Fremdkörper war ein Hühnerknochen. Er wurde mittels des Oesophagoskops in einer Entfernung von 29 cm von den Schneidezähnen aufgefunden und mittels einer Pincette entfernt.

FINDER.

94) D. D. Scannell. **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (Removal of foreign body from the oesophagus.)** *Boston Medical and Surgical Journal 27. December 1906.*

Ein 7jähriges Kind verschluckte ein kreisförmiges Stück Metall, das in der Mitte perforirt war. Bis auf Schwierigkeit beim Essen fester Nahrung bestanden keine Beschwerden. Untersuchung mit X-Strahlen ergab den Fremdkörper in Höhe der 5. Rippe. Während der Eingriff auf dem Fluorescenzschirm controlirt wurde, führte Verf. zunächst einen Münzenfänger, dann eine Schlundsonde ein, der Fremdkörper wurde in den Magen gestossen und ging 36 Stunden später per rectum ab.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Charles A. Parker (London). **Ein Leitfaden für die Krankheiten der Nase und des Halses und ihre Behandlung.** Illustrirt. 624 Ss. London, Edward Arnold. 1906.

Von einem Werk, das von einem erfahrenen Laryngologen auf der Grundlage von Vorlesungen, die er an einer Halsklinik gehalten hat, verfasst ist, wird man von vornherein erwarten können, dass es gründlich und praktisch ist; in dieser Erwartung wird der Leser nicht getäuscht werden.

In dem einleitenden Theil sind drei Kapitel den Untersuchungsmethoden, der Localtherapie und der chirurgischen Behandlung gewidmet. Sie sind durchaus klar dargestellt und lassen für den Studenten, der einen praktischen Curs beginnt, sehr wenig zu wünschen übrig. Wir bemerken nur, dass die Larynxuntersuchung in der Killian'schen Stellung nicht erwähnt ist.

Verf. betont besonders, wie wichtig es ist, die Beobachtung und Untersuchung nicht nur auf alle Regionen der oberen Luftwege, die in Mitleidenschaft gezogen sein könnten, auszudehnen, sondern auch auf die Hinweise zu achten, die durch die Gesammterscheinung des Patienten gegeben werden. Die zahlreichen Receptformeln, die in dem Kapitel über Localbehandlung gegeben werden, und die Angaben über ihre Anwendung werden für den Praktiker von grösstem Werth sein; die Beschreibung der operativen Methoden ist stets klar und zutreffend.

Die Nothwendigkeit, bei der Galvanocaustik der mittleren Muschel vorsichtig zu sein, wird hervorgehoben; jedoch erwähnt Verf. nicht, wie werthvoll es ist, geschützte Brenner zu verwenden, um eine Anätzung der gegenüberliegenden Septumschleimhaut und nachfolgende Verwachsung zu vermeiden. Ferner scheint uns, dass die Bedeutung der Intubation bei acuten Kehlkopfstenosen in Folge Diphtherie und ähnlichen Affectionen nicht genügend zur Geltung gebracht ist; seit Einführung der Antitoxinbehandlung kann eine grosse Anzahl von Fällen, die früher tracheotomirt werden mussten, jetzt mit Intubation behandelt werden, und nach 1—3 Tagen kann die Tube fortgelassen werden. Bei der Thyreotomie, die im übrigen ausgezeichnet behandelt ist, hätte unserer Meinung nach sehr wohl Waggett's Scheere Erwähnung finden können.

Abschnitt II ist den bei Allgemeinerkrankungen seitens der oberen Respirationswege vorkommenden Complicationen gewidmet; er zerfällt in 4 Kapitel, in denen die Affectionen der oberen Luftwege bei specifischen Fiebern, bei Tuberculose, Syphilis, Lepra, Rhinosklerom und bei organischen und chronischen constitutionellen Leiden behandelt werden. Die Darstelluug ist gründlich und zutreffend und giebt das Resultat persönlicher Erfahrungen. Viele würden die Vortheile der Freiluft- oder Sanatoriumbehandlung bei Kehlkopftuberculose nur bedingt gelten lassen. Wenn auch der Werth völliger Stimmruhe bei den nicht tuberculösen Kehlkopfaffectionen, die im Verlauf der Lungenphthise auftreten, betont wird, ist es auffallend, dass die Bedeutung dieses Moments für die eigentliche Kehlkopftuberculose nicht erwähnt wird.

Die ausführliche und vollständige Zusammenstellung der verschiedenen chirurgischen Methoden bei Larynxtuberculose soll keineswegs den Eindruck erwecken, dass solche Eingriffe oft zu empfehlen sind; vielmehr ist nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass ihre Anwendung nur auf geeignete Fälle beschränkt bleiben soll. Bei Besprechung der Symptome bei Aortenaneurysmen vermissen wir die Erwähnung der Vagusreizung und des darauf beruhenden spastischen Hustens.

Der dritte Abschnitt handelt von den Erkrankungen der Nase und ist vielleicht der ausführlichste des ganzen Buches. Die werthvollsten Details über die Untersuchungsmethoden bei Nebenhöhlenerkrankungen werden mitgetheilt; die Kapitel über die operativen und sonstigen Behandlungsmethoden sind ausserordentlich klar und mit guten Illustrationen versehen. Verf. scheint für die Methode der submucösen Septumresection in den meisten Fällen keine Vorliebe zu haben. Sein Rath in obstinaten Fällen von Heufieber als letztes Mittel die völlige Entfernung der mittleren und unteren Muschel vorzunehmen, wird keine allgemeine Zustimmung finden.

In dem nächsten Theil werden die Erkrankungen des Pharynx, und im letzten 114 Seiten umfassenden Abschnitt die Erkrankungen des Kehlkopfs besprochen. Die Diagnose der bösartigen Geschwülste hätte einen etwas breiteren Raum einnehmen können; so ist z. B. die diagnostische Bedeutung der mangelnden oder herabgesetzten Beweglichkeit des Stimmbandes, auf die zuerst Semon aufmerksam gemacht hat, nicht erwähnt.

Wenn auch kleine Mängel, die vielleicht in einer ersten Ausgabe fast un-

vermeidlich sind, vorhanden sind, so zeigt das Werk als Ganzes doch Sorgfalt, Anschaulichkeit und Originalität. Es wird dem vorgeschrittenen Studenten und dem Praktiker gute Dienste leisten. Die Ausstattung gereicht dem Verleger zur Ehre. Viele der Illustrationen sind originell und ausgezeichnet; manche, die nicht neu sind, sind nicht so gut, wie der Text, den sie illustriren sollen.

P. Watson Williams.

---

b) 27. Wanderversammlung der British Medical Association.

Toronto, 21. bis 24. August 1906.

Section für Laryngologie und Otologie.

Erster Sitzungstag.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Discussion über die Operationen zur Correction von Septumverbiegungen.

Den einleitenden Vortrag hält St. Clair Thomson (London): In Folge der Propagirung der submucösen Resectionsmethode ist die Zahl der operirten Fälle jetzt sehr viel grösser geworden, als sie es früher war. Seine eigene in den letzten Jahren von ihm angewandte Technik hat Redner ausführlich in The Lancet (30. Juni 1906) beschrieben und den ersten derart operirten Fall am 6. Mai 1904 der Londoner Laryngologischen Gesellschaft vorgestellt. Die Einwände, die man der Methode machen kann, sind: Schwierigkeiten der Technik, die Anaesthesie, die Blutung, die Möglichkeit des Einsinkens des Nasenrückens, die Gefährlichkeit etwaiger späterer Traumen der Nase und die Unangängigkeit der Operation für Kinder. Was die technischen Schwierigkeiten betrifft, so verschwinden sie mit zunehmender Uebung des Operateurs; Blutungen sind dem Redner in beängstigendem Maasse nie begegnet; submucöse Cocain- und Adrenalininjectionen hat Redner versucht, aber wieder aufgegeben. Er hat seine ersten Fälle in Chloroformnarkose operirt und ist jetzt wieder bei nervösen Patienten, bei denen eine ausgedehnte Operation nöthig ist, dazu zurückgekehrt. Collapserscheinungen hat er bei keinem seiner Patienten beobachtet.

John O. Roe (Rochester): Wenn eine ausgesprochene Verdickung des Septums vorhanden ist, so ist die submucöse Resection sehr am Platz; in anderen Fällen, wenn die Basis des Septums von der Mittellinie abweicht, eignet sich mehr die Watson'sche oder Gleason'sche Operation. Beschränkt sich die Deviation allein auf das knorplige Septum, so leistet in manchen Fällen die Ash'sche Operation gute Dienste, während in den Fällen von Verbiegung des knöchernen und knorplig-knöchernen Theils die vom Redner angegebene Operation mit Anwendung der gefensterten Zange von ihm angewandt wurde. Keine Operation eignet sich für alle Fälle, sondern jede findet ihre Anwendung bei bestimmten Arten der Deviation und oft ergänzt eine Operation die andere. Die einzige Methode, die öfter den Indicationen verschiedener Fälle genügt oder als Supplement zu anderen Operationen hinzutreten kann, ist die vom Verf. angewandte Methode der Fracturirung des Septums mittels der Zange.

George R. Mc. Donagh (Toronto): Keine Operation hat ihm in geeigneten Fällen annähernd so gute Resultate gegeben, wie die submucöse Resection. Die Einführung der Rosshaarnähte bedeutet seiner Ansicht nach einen Fortschritt. Um das Septum in seiner Stellung zu erhalten, hat Redner es für zweckmässig gefunden, einen Streifen dünnen Gummistoff oder geölte Seide vor der Tamponade mit Gaze über die Scheimhaut zu legen.

Otto T. Freer (Chicago): Der Hauptgrund, weswegen die submucöse Resection nicht alle anderen Methoden verdrängt hat, besteht darin, dass sie nicht eine einheitliche Standardoperation darstellt, sondern ein Gemisch verschiedenartiger mehr oder minder geeigneter und in ihrer Ausführung sehr differirender Methoden, denen nur das Princip der Resection des deviirenden Knorpels und Knochens gemein ist. Die Erfahrung aus 178 Fällen von submucöser Resection hat ihm gezeigt, dass man darauf rechnen kann, mittels dieser Methode jede noch so hochgradige Deviation besser als mit jedem anderen Verfahren zu beseitigen. Was die locale Anästhesie betrifft, so räth F., reine Cocainkrystalle mit einem feuchten Tupfer in die Schleimhaut einzureiben, nachdem vorher Adrenalinlösung 1 : 1000 applicirt wurde. Man hat gegen die Anwendung der Operation bei Kindern unter 15 Jahren Einwände gemacht. F. hat im Lauf von 5 Jahren die submucöse Resection bei 32 Kindern im Alter zwischen 7 und 15 Jahren gemacht, von denen 12 im Alter zwischen 7 und 11 Jahren waren, und hat niemals irgend welchen Nachtheil danach gesehen. Er hat seinen umgekehrten L-förmigen und langen verticalen Schleimhautschnitt, der den weitesten Zugang zu den schwierigen tieferen Theilen der Deviation gestattet, nicht verändert. Er bedient sich zur Durchschneidung des freigelegten Knorpels seiner drei kleinen Knorpelmesser und fühlte niemals das Bedürfniss, das Drehmesser anzuwenden. Die Entfernung der Crista maxillaris superior gelang ihm mittels seiner Zange stets leicht.

William L. Ballenger (Chicago): In ca. 90 pCt. der Fälle gelang es, die Verstopfung mittels der submucösen Operation zu beheben. Die von B. eingeführte Modification besteht hauptsächlich in der Anwendung des Drehmesserchens.

Herbert Tilley (London): Nach seiner an 80 Fällen gesammelten Erfahrung ist der wichtigste Theil der Operation die Entfernung der Crista maxillaris. Er entfernt stets das vordere Ende der unteren Muschel auf der der Deviation entgegengesetzten Seite.

Chevalier Jackson (Pittsburg) hat gleichfalls sehr befriedigende Resultate mit der submucösen Resection erzielt.

Henry Smurthwaite (Newcastle) wendet zur Anästhesirung Injectionen von 2 proc. β-Eucain an, nach vorheriger Cocain-Adrenalinapplication.

J. Price-Brown (Toronto) empfiehlt, wenn es sich um eine einfache Deviation des knorpligen Septums handelt, zwei parallele horizontale Incisionen mit einem verbindenden Kreuzschnitt zu machen und dann die Theile nach der Mitte zu drücken und sie dort mittels eines Gummistückes so lange festzuhalten, bis Heilung eingetreten ist.

M. C. Smith (Lynn) spricht vom zahnärztlichen Standpunkt aus. Bei Kindern unter 15 Jahren ist eine Septumdeviation und Hyperplasie der unteren

Muscheln fast stets mit einem V-förmigen Kieferbogen und hohem Gaumen vergesellschaftet. Durch eine geeignete Gummiplatte könnte der Kiefer auseinandergeweitet werden und die Folge würde sein, dass die Muscheln vom Septum abgezogen und dieses nach unten gedrängt würde.

J. A. Sturtz (Lexington) warnt vor allzu grossem Enthusiasmus in Bezug auf die submucöse Resection. Zur Anästhesirung und Anämisirung empfiehlt er eine Lösung von Chlornatrium, Cocain, Antipyrin und Adrenalin.

Wendell C. Philips (New-York): Man soll sich bei der Entscheidung zur Operation nicht von der blossen Anwesenheit einer Deviation oder Leiste, sondern von den Symptomen leiten lassen.

C. G. Coakley (New-York) hat Graderichtung des verbogenen Septums und verbesserte Durchgängigkeit der Nase bei Kindern mit hohem Gaumen eintreten sehen, wenn der Kieferbogen mittels einer Zahnplatte auseinander geweitet war.

W. F. Casselberry (Chicago) schreibt Freer das Verdienst zu, in Amerika die submucöse Resection eingebürgert zu haben. Diese Methode dürfte jedoch nicht in allen Fällen Anwendung finden. Bei Septumdeviationen mit äusserer Deformität nach der Seite sind fracturirende Methoden vorzuziehen und bei kleinen Kindern ist die Watson-Gleason'sche Methode angemessen.

Watson Williams (Bristol) hat es für zweckmässig gefunden, zuerst eine kleine Punction auf der concaven Seite ganz weit nach vorn zu machen, um bei der Durchschneidung des Knorpels eine Perforation zu vermeiden. Durch diese punktförmige Oeffnung wird ein langes schmales Elevatorium eingeführt, mittels dessen Schleimhaut und Perichondrium vom Knorpel da abgelöst wird, wo er später von der convexen Seite her incidirt werden soll.

Der Vorsitzende stellt als Ergebniss der Discussion fest, dass bei der Wahl der Operation genügend Raum für Eclecticismus vorhanden ist. Er wendet gewöhnlich die Killian'sche Methode an; bei Deviationen mit scharfer verticaler Knickung bevorzugt er die Incision nach Freer. Gewöhnlich operirt er auf der convexen Seite; ist der Cartilago triangularis in das eine Nasenloch dislocirt, so operirt er auf dieser Seite. Wenn eine extrem starke Verdickung der Crista maxillaris vorhanden ist, so wählt er bisweilen diese Seite zur Operation und erweitert den Schnitt über den Nasenboden, so dass die Ablösung des Muco-Perichondrium von unten nach oben möglich ist.

Hugh F. Jones (Liverpool) und C. Turstan Holland (Liverpool) demonstriren eine Exostose der Stirnhöhle und ein Skiagramm desselben.

Mosher demonstrirt eine Reihe von Keilbeinhöhlen mit Theilung an der äusseren Wand.

Zweiter Sitzungstag.

Smurthwaite hält einen Vortrag über: Kopfschmerzen, pathologische Zustände an der mitteren Muschel als ätiologischer Factor.

Betrachtet man die Nervenversorgung der Nase, so ist es klar, dass Druck auf die mittlere Muschel oder des Septum reflectorisch zu Schmerzen in dem vom 1. und 2. Ast des Quintus versorgten Gebiet führen kann. Es werden mehrere

Fälle angeführt, in denen Druck über dem Nasenrücken und Schmerzen in der Umgebung der Augen durch Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel beseitigt wurden. Diese Region der Nase hält S. für einen häufigen Sitz der nasalen Kopfschmerzen.

Pery G. Goldsmith (Belleville): Einige ungewöhnliche Fälle von Stirnhöhleneiterung; die Fälle illustriren die Schwierigkeiten, auf die man stösst, die gelegentlich eintretenden Complicationen und die Maassnahmen, mittels deren man auf gute Resultate hoffen kann.

Herbert Tilley hält einen Vortrag über: Einige Betrachtungen über gewisse Factoren bei Diagnose und Behandlung der eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen.

In der Mehrzahl der Fälle von chronischer Antrumeiterung ist irgend eine Form der Radicaloperation nöthig; stets muss man auf eine solche recurriren, wenn Polypen im mittleren Nasengang vorhanden sind. T. macht die Caldwell-Luc'sche Operation mit folgenden Modificationen: 1. Entfernung der ganzen inneren Wand und Curettage der vorderen unteren Siebbeinzellen. 2. Entfernung der Schleimhaut nur soweit sie erkrankt ist. 3. Verschluss der bucco-antralen Wunde. 4. Keine Tamponade. 5. Ausspritzung der Nasenhöhlen. Die Siebbeinzellen sind meist gemeinsam mit den benachbarten Höhlen erkrankt. Deuten die Symptome auf Stirnhöhleneiterung, so kann auf Vorhandensein oder Fehlen von Eiter per exclusionem geschlossen werden. Die besten Resultate hat T. mittels einer vereinfachten Killian'schen Operation erzielt, bei der der Boden der Höhle nicht entfernt wird. Die erkrankten Siebbeinzellen werden gründlich durch die Oeffnung unter der Knochenspange ausgeräumt und die Wunde geschlossen. Die Nachbehandlung besteht in täglicher Irrigation des Sinus von der Nase aus durch die bei der Operation gesetzte breite Communication. Osteomyelitis des Stirnbeins ist nach T.'s Meinung darauf zurückzuführen, dass die Entfernung der fronto-ethmoidalen und ethmoidalen Zellen bei der Operation unterlassen wurde, so dass der höher gelegene Sinus reinficirt und der dort unter Spannung gehaltene Eiter die Diploë des Stirnbeins krank macht. Seitdem er sorgfältig die Siebbeinzellen entfernt, fürchtet er die Osteomyelitis nicht mehr. Was die Keilbeinhöhle betrifft, so war in drei Fällen tiefsitzender Ohrenschmerz bei völlig normalem Ohr ein Symptom von Erkrankung desselben.

Freer empfiehlt Entfernung eines grossen Theils der inneren Antrumwand bei chronischen Empyemen.

C. G. Coakley sagt, dass bei acutem Antrumempyem während der Irrigation fast stets über Zahnschmerz geklagt wird, unabhängig von dem Zustand der Zähne.

Fletcher Ingals (Chicago) ist der Ansicht, dass die Sondirung der Stirnhöhle in 90 pCt. der Fälle gelingt. Ist dies möglich, so kann mittels der von ihm empfohlenen Methode ein Canal zur Drainage gebohrt werden. Er hält diese Operation für so sicher, wie jede andere an der Stirnhöhle.

Mosher hat die befriedigendsten Resultate bei Stirnhöhlenempyem mittels der Killian'schen Operation erzielt. Der Haupteinwand gegen sie bestand in der

Möglichkeit einer Deformation. Um dies zu vermeiden, muss man eine möglichst breite Knochenspange am Orbitalrand stehen lassen und die Längsachse der Oeffnung in der vorderen Wand soll horizontal und parallel zum Orbitalrand, nicht aber vertical oder schräg angelegt werden.

Watson Williams hält es für sehr unangebracht, normale Theile zu entfernen, um so den Zustand der Keilbeinhöhle zu erforschen. Wenn man das Ostium der Höhle nicht inspiciren kann, so punctirt er mit seiner schneidenden Keilbeinhöhlenzange die vordere Wand in ihrem unteren Theil.

St. Clair Thomson hält Ohrenschmerzen für ein sehr unzuverlässiges Symptom bei Keilbeinhöhlenerkrankung.

Logan Turner (Edinburg): Wenn bei Oberkieferhöhlenempyem eine Radicaloperation gemacht werden soll, so ist der Weg durch die Fossa canina der beste, weil man so den gründlichsten Ueberblick über die Höhle bekommt.

George L. Pichards (Fall River) ist der Meinung, dass in der Mehrzahl der Fälle von Antrumeiterung eine Anbohrung der nasalen Sinuswand gemacht werden sollte.

Der Vorsitzende demonstrirt gekrümmte Bougies für das Infundibulum, deren Anwendung bei gleichzeitigem Gebrauch der Sondermann'schen Saugtherapie sich ihm bei Behandlung des Stirnhöhlenempyems als nützlich erwiesen hat.

Hanan W. Loeb (St. Louis): Untersuchung über die Anatomie der Nebenhöhlen auf Grund von Reconstructionen an zwei Köpfen.

Verf. bezieht sich auf einen von der American Laryngological, Rhinological and Otological Society Juni 1906 gehaltenen Vortrag über die Reconstructionsmethode, die gestattet, die Nebenhöhlen in ihren Verhältnissen und Beziehungen darzustellen und eine Uebersicht von vorn, von der Seite und von oben giebt. Die beiden Köpfe gehörten zwei Männern an, einem Weissen und einem Farbigen. Beide waren von gleichem Alter, gleicher Grösse und gleichem Körpergewicht. Die Reconstruction zeigt die grossen Differenzen zwischen den Sinus der beiden Köpfe. Nur auf diesem Wege können exacte Messungen der Sinus angestellt werden.

Coakley: Die Skiagraphie als Hülfsmittel bei Diagnose und Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen.

Auf seine Veranlassung hat E. B. Caldwell bei ungefähr 200 Patienten mit Nebenhöhlenerkrankung skiagraphische Aufnahmen gemacht. In 46 dieser Fälle wurde die Stirnhöhle operirt, so dass man ihre Form und Grösse mit dem skiagraphischen Bilde vergleichen konnte. Es war nicht sehr schwierig, eine Platte zu erhalten, auf der man das Fehlen oder Vorhandensein der Stirnhöhle, ihre Grösse und die Septa sehen konnte. An der Hand solcher Platten kann man die für den betreffenden Fall geeignetste Form der Operation vorher bestimmen. Wenn die Stirnhöhle erkrankt ist, so ist stets eine Verdunkelung über der betreffenden Seite und ein Verwischtsein der Grenzen im Vergleich mit der gesunden Seite zu constatiren.

J. Price-Brown (Toronto) zeigt einen Fall von Nasensarkom nebst einem vor 3 Jahren gewonnenen Präparat.

In einer vereinigten Sitzung mit der Section für Pädiatrie wird das Thema behandelt: „Congenitaler (laryngealer und trachealer) Stridor".

Logan Turner (Edinburgh) bespricht in einem einleitenden Vortrag die verschiedenen über die Aetiologie der Affection aufgestellten Theorien: 1. die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen; 2. die Compression der Trachea durch eine vergrösserte Thymus; 3. die angeborene Missbildung des Kehlkopfeingangs; 4. eine acquirirte Deformation des Kehlkopfeingangs, 5. das Resultat einer Störung in der Coordination der Atembewegungen. Redner bekennt sich zu der letzteren Anschauung.

Henry Ashley (Manchester) hält die Affection für eine Neurose. Er demonstrirt den Kehlkopf eines Kindes, das an Stridor litt und an einer Pneumonie zu Grunde ging. Der Larynx war normal, die Thymus nicht vergrössert; seiner Ansicht nach wurde der Stridor durch die Stimmbänder verursacht.

Discussion:

Edmund Cautley (London) demonstrirt ebenfalls den Larynx eines Kindes, das an Stridor litt. Es bestand Annäherung der Epiglottisränder und der Aryknorpel. Er betrachtet das Bestehenbleiben des Stridors während des Schlafs als gegen die Theorie der Neurose sprechend und hält die Ansicht aufrecht, dass die Affection in Folge congenitaler Missbildung des Kehlkopfeingangs bedingt sei.

Jacobi (New-York) sagt, man dürfe keine Theorie auf einem Fall aufbauen. In einem Fall fand er Hypertrophie der Schleimhaut und des submucösen Gewebes in der Umgebung der Aryknorpel.

Gibb Wishart (Toronto) hat 6 Fälle gesehen. Der letzte betraf ein Kind, das kaum einen Tag alt war und bei dem der Stridor auch während des Schlafes bestand und bei dem zeitweilig Cyanose auftrat, wenn es auf den Rücken gelegt wurde. Die Epiglottis fiel nach hinten. In einem andern Fall wurde die Epiglottis während der Inspiration nach hinten gesaugt, so dass sie über die Glottis zu liegen kam. Die Tracheotomie wurde vorgenommen; was man von unten her sehen konnte, war ganz normal. Das Kind wurde wiederhergestellt.

Brown Kelly (Glasgow) behauptet, das stridoröse Geräusch komme nicht von einer Vibration der ary-epiglottischen Falten, sondern eines losen Schleimhautlappens auf der Spitze der Aryknorpel her. Er berichtet über einen Fall, in dem die Intubation zwar den Stridor verminderte, jedoch die Schwierigkeit bei der Inspiration nicht beseitigte; später wurde auch der obere Theil der Thymus ohne Nutzen entfernt.

Dundas Grant hat 2 Fälle gesehen, in deren einem der Zustand zweifellos durch das Hintenüberfallen einer schlaffen Epiglottis bedingt war.

Fletcher Ingals (Chicago) hat in einem Fall ein gutes laryngoskopisches Bild erlangt und gesehen, dass die Wände des Kehlkopfeingangs constant bei der Inspiration nach innen gesogen wurden.

Hudson Makuen (Philadelphia) meint, es müssen in diesen Fällen zwei Bedingungen vorhanden sein, nämlich eine mangelhafte Entwickelung des knorp-

ligen Kehlkopfgerüstes und eine Insufficienz derjenigen Muskeln, deren Aufgabe es ist, den Kehlkopf während der Inspiration offen zu halten.

G. A. Sutherland (London) hat bei der Section eines Falles von congenitalem Stridor den Larynxeingang zu einem Schlitz verengt gefunden. Die Frage ist, ob die in einigen Fällen post mortem gefundene Missbildung primär oder secundär war.

Peyre Porcher ist der Ansicht, dass der congenitale Stridor auf allgemeine Kachexie zurückzuführen ist.

III. Sitzungstag.

George L. Richards (Fall River): Zwei Fälle von Lähmung der Abductoren.

Bei dem ersten Patienten entwickelte sich die Lähmung allmälig; es wurde die Tracheotomie gemacht, jedoch trat der Tod in Folge eitriger Broncho-Pneumonie ein.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein $2^1/_2$ jähriges Mädchen, das an inspiratorischer Dyspnoe litt.

Harris P. Mosher (Boston) zeigt ein Speculum zur Untersuchung des Sinus piriformis und des oberen Theils des Oesophagus.

Das Instrument stellt eine Combination des Kirstein'schen Autoskops mit einem zweiblättrigen Speculum dar und wird in allgemeiner Narkose eingeführt.

IV. Sitzungstag.

Alice G. Bryant (Boston): Die Anwendung der kalten Schlinge zur Entfernung hypertrophischer Tonsillen.

B. benutzt einen Jansen'schen Mundsperrer, Bryant'schen Zungenspatel, Bryants Tonsillenhaken, Farlows Schlinge für Tonsillen mit einer Modification von Bryant, oxydirten Klavierstahldraht No. 12 oder 13.

Discussion:

Chevalier Jackson hat 6 Mal wegen postoperativer Mandelblutung die Art. carotis externa unterbunden; nur in einem dieser Fälle war die Schlinge angewandt worden.

W. F. Casselberry benutzt seine vereinfachte Guillotine und Zange bei Kindern, bei Erwachsenen die kalte Schlinge mit Draht No. 6—8.

George Q. Lalland (Boston) hat in den letzten 20 Jahren nur einen Fall von allarmirender Blutung gesehen. Diese stand, nachdem die Wundfläche energisch mit dem Fingernagel (!) curettirt worden war.

Watson Williams bevorzugt für hypertrophische Tonsillen bei Erwachsenen die Schlinge vor der Guillotine. Bei Erwachsenen genügt eine weniger vollständige Exstirpation als bei jüngeren Individuen.

Hunter (Toronto) wartet mit der Entfernung der zweiten Tonsille, um die Möglichkeit einer heftigen Blutung zu vermindern.

Herbert Tilley hat in 12 Jahren dreimal schwere Tonsillarblutungen erlebt.

St. Clair Thomson berichtet über die allgemeine Anwendung der Guillotine in England, den Gebrauch des Chloroforms anstatt Aethers und das viel seltnere Vorkommen von Blutungen, als es scheinbar in Amerika der Fall ist. Er hat niemals die Carotis externa zu unterbinden brauchen und hat in 13 Jahren nur 2 Fälle schwerer Blutung gesehen.

Henry Smurthwaite betont die Bedeutung der Hämophilie und Leukämie als Ursache schwerer Blutung.

John A. Donovan führt in die Crypten der entfernten Tonsille stets eine Sonde ein. Geht die Sonde hindurch, so ist Tonsillengewebe zurückgeblieben, wenn nicht, so kann der Patient sicher sein, keine weiteren Tonsillenerkrankungen zu bekommen.

Der Vorsitzende vermeidet die Guillotine bei Erwachsenen und verwendet eine starke Drahtschlinge oder noch häufiger den Ruault'schen Morcelleur.

V. Delsaux: Subperiostaler Abscess der Stirn, complicirt mit Thrombo-Phlebitis des Sinus longitudinalis superior, sich ausbreitend auf den Sinus lateralis und die Vena jugularis der anderen Seite. Meningitis. Tod. Autopsie.

D. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Genuine Thrombose des Sinus longitudinalis kann vorkommen, ohne dass es sich um Ausbreitung einer septischen Infection von der Nase her handelt.
2. Epistaxis kann als Zeichen der Thrombose völlig fehlen.
3. Der anatomische Grund für die häufigere Ausdehnung der Thrombose des Sinus longitudinalis superior auf den linken Sinus lateralis besteht in der breiten und directen Communication zwischen diesen beiden Bluträumen, die sich in der Mehrzahl der Fälle findet.
4. Eine Probeeröffnung der Stirnhöhle kann ebenso vorgenommen werden, wie die Probelaparotomie bei Abdominalerkrankungen.

Discussion über das Thema: Kehlkopfstörungen, durch Stimmgebrauch verursacht.

Den einleitenden Vortrag hält Middlemass Hunt: Er theilt sein Thema folgendermaassen ein:

1. Gebrauch der Stimme in ihrem ganzen Umfang, gewöhnlich für kurze Zeit. Sänger. Erkrankungen: Hyperämie, Muskellähmung.
2. Gebrauch der Stimme jedesmal für längere Zeit, aber mit grossen Ruheintervallen: Prediger; öffentliche Redner. Erkrankungen: Chronische Congestion, Phonasthenie, nervöse Störungen.
3. Täglicher Gebrauch der Stimme mehrere Stunden hintereinander ohne Unterbrechung. Schullehrer. Erkrankungen: Stimmbandknötchen; Fibrome.
4. Energischer Gebrauch der Stimme für längere oder kürzere Zeit und unter ungeeigneten Umständen: Hausirer, Excercirmeister, Auctionatoren. Erkrankungen: Submucöse Hämorrhagien, Muskel- und Ligamentzerreissungen; Pachydermie.
5. Gebrauch der Stimme für längere oder kürzere Zeit, jedoch in unnatür-

licher Tonlage und in unnatürlicher Manier: Schauspieler in gewissen Rollen, Chordirigenten, Falsettsänger. Erkrankungen: Congestion, Hypersecretion; gutartige Geschwülste, besonders Fibrome.

Die Kehlkopfstörungen in Folge Missbrauchs der Singstimme können verschiedene Formen zeigen. Der Kehlkopfspiegel kann einen völlig normalen Larynx zeigen oder mehr oder minder ausgedehnte Congestion oder excessive Schleimsecretion oder Muskelparese. Nach des Redners Erfahrung zeigt die letztere Erkrankung die Form unvollkommenen Schlusses der Glottis ligamentosa, wie sie gewöhnlich einer mangelhaften Function der M. interni zugeschrieben wird.

Auch die persistente Hypersecretion von Schleim ist das Resultat eines falschen Stimmgebrauchs. Redner hat dies am häufigsten bei Bassisten und Barytonisten gefunden und gesehen, dass die Behandlung wenig Resultat giebt.

Die Art der Stimmgebung ist für Prediger und Redner dieselbe wie für Sänger. Die Hauptfehler der Prediger und Redner bestehen darin, dass sie die Töne zu hoch treiben und zuviel Worte in einem Athem aussprechen.

Die Kehlkopfstörungen bei Predigern treten fast stets in der Form schneller Ermüdung der Stimme beim professionellen Gebrauch derselben auf; am häufigsten ist die von Fränkel als „Mogiphonie" beschriebene nervöse Stimmstörung. Die laryngoskopischen Erscheinungen in diesen Fällen sind nicht sehr ausgesprochen. Die Störung ist mehr eine Neurose als eine rein locale Affection. Aus diesem Grunde ist in vielen Fällen lange Stimmruhe und allgemeine tonische Behandlung nöthig, bevor der Patient mit Stimmübungen beginnt. Bei keiner Klasse von Stimmstörungen ist jedoch das Resultat der Behandlung besser.

Die Symptome bei den Halsaffectionen der Lehrer sind sehr charakteristisch. Sie klagen über Heiserkeit, die am Ende des Tages und auch am Ende jeder Woche zunimmt. Sie sprechen mit zu hoher Stimme und haben keine Kenntniss von Athmungskontrolle. Der Kehlkopf bei diesen Patienten kann leichte chronische Congestion aufweisen, noch häufiger aber sind keine Veränderungen in der Farbe der Schleimhaut vorhanden. Häufig sieht man an der Grenze zwischen dem vorderen und mittleren Drittel der Glottis ligamentosa eine persistente Schleimperle, die zwischen den phonirenden Stimmlippen vibrirt. Ist diese entfernt, so sieht man bisweilen eine geringe Verdickung am Rande jeder Stimmlippe oder auch ausgesprochene Knötchen. Aus verschiedenen von Oertel und Anderen gemachten Beobachtungen kann man schliessen, dass die Knötchen aus entzündlicher Verdickung an den Stellen der stärksten Vibration hervorgehen, wenn die Stimme in zu hoher Tonlage überanstrengt wird. Reibung kann als secundäre Ursache hinzukommen, wenn das Knötchen begonnen hat, sich zu bilden. Es ist richtig, daran zu erinnern, dass die Stimmbandknötchen in diesen Fällen nicht allein die Ursache der Kehlkopfstörung sein können, da sie auch bei Sängern und anderen Personen sich finden, bei denen die Stimme in ausgezeichneter Verfassung ist und da ihre Entfernung nicht immer die Stimmstörung beseitigt. Es handelt sich vielmehr oft um chronische entzündliche Veränderungen in den Muskeln und dem elastischen Gewebe der Stimmbänder.

W. F. Casselberry (Chicago) teilt in seinem Correferat die durch Stimmgebrauch verursachten Kehlkopfstörungen ein in: vasculäre, celluläre und neuro-

musculäre. Energische Lautbildung ruft auch in einem kräftigen Larynx Gefässcongestion hervor, wie man es bei Sängern nach der Wiedergabe schwieriger Rollen oder bei Geistlichen am Montag nach einem angestrengten Sonntag beobachtet. Ist der Larynx schon vorher durch Krankheit geschwächt, so wird schon durch entsprechend geringeren Stimmaufwand Hyperämie hervorgerufen; es genügt dann schon gewöhnliche Conversation, um Congestion des Larynx und als Folge davon Erschlaffung der Stimmlippen hervorzurufen.

Was die neuro-musculären Stimmstörungen betrifft, so ist Redner sich bewusst, dass es sich hier noch um einen vagen Begriff handelt. Man kann nicht stricte von musculären Störungen sprechen, solange nicht eine Betheiligung der peripheren Nervenendigungen ausgeschlossen werden kann. Bei der Ruptur der M. interni während ihres Gebrauchs kann man in der That von einer rein myopathischen Affection sprechen. Dieses functionelle Trauma kommt bei Sängern vor; Redner hat es selbst nur einmal gesehen. Muskelzerrung in Folge Forcirung der Stimme, wie solche hauptsächlich bei den Stimmbandspannern, den M. thyreo-arytaenoid. intern. und vielleicht dem Arytaenoideus vorkommen, können als mittlerer Grad eines functionellen Traumas und also als eine hauptsächlich myopathische Affection angesehen werden. Bei entzündlicher Parese muss man annehmen, dass die Nervenendigungen mitbetheiligt sind. Daher handelt es sich hierbei um eine neuro-musculäre Affection.

Discussion:

G. Hudson Makuen (Philadelphia) ist der Ansicht, dass der Laryngologe seine Aufgabe nur erfüllen kann, wenn er selbst im Stande ist, die Gesanglehrer zu unterweisen.

Peyre Porcher (Charleston) räth zur Stimmruhe in allen Fällen von Kehlkopferkrankung mit Ausnahme der doppelseitigen spastischen Pseudo-Paralyse der Abductoren, wo die Stimme forcirt werden sollte.

St. Clair Thomson macht auf die Möglichkeit der Heiserkeit ohne Veränderungen im Larynx und auch auf das Bestehen von Knötchen ohne Veränderung der Stimme aufmerksam. Die Knötchen können schnell kommen und wieder vergehen.

Henry Smurthwaite demonstrirt Abbildungen von Kehlkopferkrankungen mit gleichzeitigen Veränderungen der Stimme.

Watson Williams meint, die Stimmbandaffectionen in Folge unzweckmässigen Gebrauchs der Stimme seien im Wesentlichen eine Myositis. Locale und allgemeine Ruhe sind von hervorragender Bedeutung.

Der Vorsitzende betont die Nothwendigkeit einer sorgfältigen Diagnose. Bei Parese der M. interni ist es schwierig, zu unterscheiden, wann an Stelle der Ruhe Uebungen zu treten haben. Er hält mässige Anwendung der Uebungen nach Holbrook Curtis oft für sehr werthvoll.

Middlemass Hunt spricht die Ansicht aus, dass da, wo Stimmbandknötchen schnell entstehen und wieder vergehen, es sich in Wirklichkeit um Verstopfung einer Schleimdrüse am Stimmbandrand handelt.

Casselberry sagt, dass Ruhe als therapeutisches Mittel ihre Grenzen hat und dass nach einiger Zeit mässige Uebungen am Platze sind.

W. Peyre Porcher: Entzündliche Nasenverstopfung als ätiologischer Factor bei der Production von Sputum.

In Fällen von profuser Expectoration mit Nasenverstopfung und ohne Zeichen von chronischer Bronchitis oder Lungenerkrankung hat das Sputum seinen Ursprung oft daher, dass das Secret von Nase und Nasenrachen nach unten fliesst, sich im Sinus piriformis ansammelt und ausgehustet wird.

Chevalier Jackson (Pittsburg): Thyreotomie und Laryngectomie bei malignen Kehlkopferkrankungen.

Thyreotomie.

J. hat 15 mal Thyreotomie wegen maligner Kehlkopferkrankungen gemacht; in drei dieser Fälle wurden auch Theile des Knorpels mit fortgenommen. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 33 und 81 Jahren; alle Fälle betrafen Männer.

Von den 15 Fällen ist einer — vor 3 Monaten operirt — zu neuen Datums, um in Betracht gezogen werden zu können. Von den übrigen 14 ist einer nach Verlauf von 6 Jahren, einer nach 4 Jahren, 2 nach 3 Jahren und einer nach 2 Jahren am Leben und gesund. 2 starben an Allgemeinerkrankung nach 1 Jahr, 4 wurden nach Ablauf von ungefähr 1 Jahr aus dem Auge verloren und 3 starben an localem Recidiv nach 1 Jahr, obwohl nachträglich noch die Totalexstirpation gemacht wurde. Schaltet man also den zu frischen Fall aus, so haben wir 14 Thyreotomien, von denen 11 (78 pCt.) sich nach Ablauf eines Jahres wohl befanden. Zu dieser Zeit kann man nach J.'s Ansicht von einer „relativen Heilung" sprechen.

Laryngectomie.

Nach Redners Ansicht ist es fraglos, dass für den frühzeitigen cancer intrinsèque des Larynx die Thyreotomie die geeignete Operation darstellt.

In 29 Fällen von Krebs, der über das Innere des Kehlkopfs hinausging, war 21 mal keine Aussicht auf Heilung vorhanden und er beschränkte sich darauf, die palliative Tracheotomie zu machen. In 8 Fällen machte er die Totalexstirpation. Diese 8 Fälle befanden sich in guter Allgemeinverfassung; dies hält J. für noch wichtiger, als die Ausdehnung der Geschwulst. Er bezeichnet es als ziemlich ungewöhnliches Resultat, dass in keinem der operirten 8 Fälle in den ersten 30 Tagen nach der Operation Exitus eintrat. Die Patienten waren im Alter von 52 bis 75 Jahren; alle waren Männer.

In allen laryngectomirten Fällen, die länger als 1 Jahr lebten, hat sich eine Flüsterstimme entwickelt. Er hält es für sicher, dass jeder Patient im Stande ist, eine solche Flüsterstimme bei sich zu entwickeln, die für jeden verständlich ist.

Redner giebt dann noch eine Darstellung seiner Operationstechnik.

Herbert Tilley empfiehlt, die Schildknorpel durch eine Naht zu vereinigen, die nicht bis in das Larynxinnere durchgreift; andernfalls entwickeln

sich in der vorderen Commissur leicht Granulationen, die den Anschein eines Recidivs erwecken können.

J. A. Stucky empfiehlt Aethernarkose per rectum.

Chevalier Jackson näht die Schildknorpel nicht zusammen, sondern tamponirt die Wunde, bis Vereinigung eingetreten ist.

A. Brown Kelly (Glasgow).

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 10. November 1905.

Vorsitzender: Chichele Nourse, später R. W. Woods.

Wyatt Wingrave: Fall von Fixation des rechten Stimmbandes bei einem 56jährigen Mann.

Dundas Grant: Fall von Verdacht auf maligne Erkrankung des Oesophagus (zur Diagnose).

Wyatt Wingrave demonstrirt einen Fall von Ulceration der Epiglottis bei einer 22jährigen Frau (zur Diagnose).

Chichele Nourse: Fall von Kehlkopfneubildung.

Es handelte sich um eine Geschwulst am Rande des rechten Stimmbandes bei einer 37 jährigen Frau.

J. Bartz glaubt, dass es sich um ein weiches Fibrom, wahrscheinlich embryonalen Ursprungs handelt.

Dundas Grant und Kelson erörtern die Diagnose.

Chichele Nourse: Fall von Dysphagie.

61jähriger Mann, bei dem seit 6 Monaten Schluckbeschwerden bestehen: Man sieht in der Gegend des linken Stimmbandes eine papillomatöse Hervorragung. Unter antispecifischer Behandlung erhebliche Besserung.

Dundas Grant denkt an ein Speiseröhrendivertikel und räth zu einer Aufnahme mit Röntgenstrahlen nach Wismuth-Injection.

Andrew Wylie: 1. Fall von congenitaler specifischer Erkrankung.

Schlecht entwickelter junger Mensch von 15 Jahren mit Narbenbildung am Gaumen. Es besteht ausgesprochene Dyspnoe in Folge von Schwellung der Taschenbänder und verminderter Beweglichkeit der Stimmlippen. Symptome von Lungenerkrankung, aber keine Bacillen. Anamnese spricht für congenitale Lues. Rapide Besserung unter antispecifischer Therapie; dabei Gewichtszunahme.

2. Injection von festem Paraffin in die Nase ohne Anästhesie.

Fall von Sattelnase bei einem jungen Mädchen. Die Mahu'sche Spritze wurde angewandt; das erzielte Resultat war gut.

Wyatt Wingrave demonstrirt folgende Präparate:

a) Lipom der Wangenschleimhaut (congenital) bei einer 50jährigen Patientin.

b) Squamöses Epitheliom der Zunge bei einer 50jährigen Frau.

c) Dermoidcyste des Halses bei einer 40jährigen Frau.

R. W. Woods hält seine Ansprache als Vorsitzender, in der er einige neue Fortschritte auf dem Gebiet der Laryngologie und Otologie bespricht.

Sitzung vom Januar 1906.

Vorsitzender: R. H. Wood.

Frederick Spicer: 1. Erkrankung des Septum (zur Diagnose).

Der Vorsitzende hält die Affection für traumatischen Ursprungs.

2. Fall von congenitaler (?) Missbildung des weichen Gaumens.

Die Discussion dreht sich um die Frage, ob die Missbildung diphtherischer Natur oder angeboren ist.

Kelson: Ulceration der Nasenscheidewand.

Ein ringförmiges Geschwür vorn am knorpligen Septum (zur Diagnose). Es wird vermuthet, dass das Geschwür in Folge von Pocken entstanden sei.

Andrew Wylie: Fall von Excision eines Ulcus rodens der Nase.

Betrifft eine 60jährige Frau.

Buckland Jones: Lähmung des Kehlkopfes und weichen Gaumens.

Plötzlicher Beginn der Erkrankung vor 6 Monaten mit Schluckbeschwerden und Regurgitiren durch die Nase. Keine Anzeichen von Diphtherie oder Syphilis.

Barwell fand linksseitige Abductorlähmung und Parese der linken Gaumenhälfte.

Abercrombie: 1. Neubildung (Sarkom?) der rechten Mandelgegend und der vorderen Gaumenbögen.

2. Neubildung (Adenom?) im Nasenrachen eines 26jährigen Mannes.

3) Sarkom der Stirnhöhle bei einer 72jährigen Frau (demonstrirt zwei Sitzungen vorher).

Ein Recidiv machte einen neuen Eingriff nöthig; das Mikroskop zeigte ein Rundzellensarkom. Tod nach einigen Tagen in Folge von Erysipel.

R. H. Woods: Die zahnärztliche Speichelpumpe als chirurgisches Instrument.

W. bedient sich des von Ash and Son (London) gefertigten Instruments mit grossem Vortheil bei Operationen in Nase und Mund.

Wyatt Wingrave demonstrirt mikroskopische Präparate von

1. Angiomyxom des Nasenbodens.
2. Angiom des Larynx.
3. Ulcus rodens der Nase.

Sitzung vom März 1906.

Vorsitzender: R. H. Woods.

Stuart Low: Starke Vergrösserung der Tubenknorpel.

Keine Erscheinungen.

Mayo Collier: Syphilitische Kehlkopferkrankung.

Barwell: Lupus des Kehlkopfs, Gaumens und Pharynx.

Der Vorsitzende räth zur Anwendung der galvanokaustischen Schlinge.

Wyatt Wingrave: Mikroskopische Präparate von

1. Endotheliom des Pharynx. Der Tumor wurde von Chichele Nourse bei einem 55jährigen Mann entfernt. Die Substanz des Tumors bestand aus cylindrischen Massen von Epithelzellen, die augenscheinlich dem Verlauf der Gefässe folgten.

2. Epitheliom des Larynx.

Sitzung vom Mai 1906.

Vorsitzender: R. H. Woods.

Stuart Low: Gaumenspalte.

Man sieht in diesem Fall, dass durch die adenoiden Vegetationen die Dyslalie vermindert wird.

Mayo Collier räth zur Operation in diesem Fall; doch sollen die Adenoiden unberührt bleiben, da sie beim Versuch, sprechen zu lernen, nützlich sind.

Andrew Wylie: Lymphangitis der Oberlippe.

Die Affection besteht bei der 22jährigen Frau mit congenitaler Syphilis seit 5 Jahren.

Mayo Collier: Fall von Ulceration der Wange.

Kelson: Kehlkopferkrankung.

Verdickung der Stimmlippen, Taschenbänder, Interarytaenoidfalte.

Dundas Grant und Barwell glauben, dass es sich um einfache Entzündung und nicht Tuberculose handelt.

Der Vorsitzende demonstrirt Instrumente zur Septumresection.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Ernst von Bergmann †.

Der am 25. März erfolgte Tod des berühmten Chirurgen erweckt naturgemäss die Erinnerung an jene trübe Episode in der Geschichte der Laryngologie, in welcher der Dahingeschiedene eine so grosse Rolle gespielt hat, und welche einen so breiten Raum in den Annalen dieses Blattes einnimmt. Derzeit viel befeindet und verketzert, trug er, ebenso wie sein schon früher heimgegangener College Gerhardt

alle Angriffe mit Mannesmuth, und durchaus würdig war sein Verhalten, als der Ausgang des traurigen Falles die Richtigkeit des von ihm von Anfang an eingenommenen Standpunktes über allen Zweifel klarstellte. Wie die ganze medicinische Wissenschaft, so betrauert auch die Laryngologie, die seiner Feder Beiträge über die Verletzungen, Fracturen und Dislocationen der Nase in dem Heymann'schen Handbuch der Laryngologie und über Verletzungen und Erkrankungen des Pharynx (gemeinschaftlich mit Prof. Kümmel) in dem Handbuch der practischen Chirurgie verdankt, seinen Heimgang. Felix Semon.

William Spencer Watson (London) †.

Am 17. September 1906 starb, wie wir soeben erst erfahren, nach langem Leiden Mr. Spencer Watson, einer der Pioniere der britischen Rhinologie im 70. Lebensjahre. Sein Hauptwerk „Diseases of the Nose and its Accessory Cavities“, welches zwei Auflagen erlebte, war viele Jahre lang das führende Lehrbuch der Rhinologie in England. Felix Semon.

Ottomar Rosenbach †.

Am 20. März verstarb nach langen und schweren Leiden im 56. Lebensjahre Professor Ottomar Rosenbach in Berlin.

Der allgemeinen wissenschaftlichen Leistungen des Dahingegangenen eingehender zu gedenken, liegt ausserhalb der Aufgaben dieses Blattes. Dass Rosenbach ein durch und durch origineller, scharfsinniger, geistvoller Forscher gewesen ist, dürfte von keiner Seite bestritten werden, so häufig er selbst sich mit immer steigernder Verbitterung über den Mangel an Anerkennung seiner Leistungen beklagt hat.

Die Laryngologie verdankt ihm eine stattliche Reihe origineller und an geistvollen Gedanken reicher Beiträge.

Das bekannteste derselben ist seine Arbeit: „Zur Lehre von der doppelseitigen totalen Lähmung des Nervus laryngeus inferior (recurrens)“ (Breslauer ärztl. Zeitschrift, No. 2 und 3, 1880). Aus einer einzigen Beobachtung zog er den gewagten Schluss: „Vor Allem muss das Factum registrirt werden, dass bei Compression des Recurrensstammes zuerst die Function der Erweiterer leidet, und dass die Verengerer erst später in Mitleidenschaft gezogen werden.“ Obwohl dieser Satz sich seinem klaren Wortlaut nach nur auf periphere Lähmungen bezieht; obwohl in der Arbeit kein Beweis für die Allgemeingültigkeit des Satzes, selbst nur für die Kategorie der Compressionslähmungen, beigebracht wird, und obwohl der diagnostischen und klinischen Wichtigkeit des Factums in ihr nicht mit einem Worte gedacht ist, so behauptete Rosenbach doch später, dass in seinem ursprünglichen Satze und in den sich an ihn anschliessenden Ausführungen Alles von Wichtigkeit für die Lehre von der Erweitererlähmung enthalten sei, und verfocht seine Prioritätsansprüche mir gegenüber immer und immer wieder mit grosser Heftigkeit, obwohl ich persönlich ihm nie Grund zu Angriffen gegen mich gegeben habe.

In die Reihe seiner bezüglichen, theilweise auch anderen Zwecken gewidmeten Streitschriften gehören folgende:

„Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus recurrens“. Berl. klin. Wochenschr. 1884. No. 17. S. 266.

„Prioritätsreclamation“. Deutsche med. Wochenschr. No. 1. 1885.

„Ueber das Verhalten der Oeffner und Schliesser der Glottis bei Affectionen ihrer Nervenbahnen“. Virchow's Archiv Bd. 99. S. 175.

„Zur Lehre von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern“. Berl. klin. Wochenschr. No. 8. 1888.

„Ist der Satz von der verschiedenen Vulnerabilität der Recurrensfasern berechtigt?“ Fränkel's Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. Bd. 6. 1897.

„Giebt es bis jetzt eine Ausnahme von der Regel, dass bei intensiver Affection der Nn. recurrentes vagi die Abductoren der Stimmbänder früher Functionsstörungen zeigen, als die Adductoren?“ Berl. klin. Wochenschr. No. 46. 1906.

Ein einziges Mal glaubte ich am Ende des ebenso ermüdenden wie unerquicklichen Streites angelangt zu sein. Im Jahre 1892 schrieb Rosenbach plötzlich an mich, und bot mir an, die Fehde auf Grund einer von ihm zu machenden „Concession“ des Inhalts: dass das betreffende Gesetz in Zukunft als das „Rosenbach-Semon'sche“ zu bezeichnen sei, aufzugeben. Ich lehnte dies ab mit der Motivirung, erstens, dass ich seinem Satze nicht die von ihm geforderte Bedeutung zuerkennen könne, und zweitens, dass die Entscheidung solcher Fragen überhaupt nicht den Betheiligten, sondern dem Urtheil des Publicums zustände. Weiterer Briefwechsel rückte den Sachverhalt in ein so klares Licht, dass, als ich Rosenbach schliesslich die Veröffentlichung der ganzen Correspondenz anbot, unter der einzigen Bedingung, dass hiermit die Controverse ein definitives Ende nähme, er erklärte, dass er „befriedigt“ sei, und, „auf eine Fortsetzung der öffentlichen Polemik, soweit er dies in der Hand habe, gern verzichte“. Trotzdem riss ihn sein Temperament fort, noch zweimal später, im Jahre 1897, und noch wenige Monate vor seinem Tode, im Jahre 1906, auf seine Prioritätsansprüche zurückzukommen, als wenn jener Briefwechsel, der sich noch jetzt in meinen Händen befindet, nie stattgefunden hätte.

Die Form, in der ich anfänglich — später habe ich überhaupt geschwiegen — meine Rechte gegenüber diesen immer wiederholten Angriffen vertheidigt habe, ist der beste Beweis, dass mich der Unmuth über den mir aufgezwungenen Kampf niemals blind gegen Rosenbach's Verdienste gemacht hat. Die prophetische Kühnheit, mit der er ein allgemeines Gesetz aus einem vereinzelten Falle und aus einer zum mindesten zweifelhaften Analogie abstrahirte, sichert seinem Namen für immer einen Ehrenplatz in der Geschichte der Frage. Seinem unvollständigen und unbewiesenen Satze aber kommt meiner festen Ueberzeugung nach nur die Bedeutung eines „präludirenden“ Ausspruchs (Schopenhauer) zu, wie solche der Erkennung einer Wahrheit oft vorausgehen, nicht aber der Anspruch auf die Urheberschaft der Wahrheit selbst.

Von anderen laryngologischen Arbeiten Rosenbach's sind zu nennen:

„Ueber die auf myopathischer Basis beruhende Form der Migräne“. Deutsche med. Wochenschr. No. 12 und 13. 1886.

„Ueber einen Fall von localisirter Laryngitis und Tracheitis crouposa bei einem Erwachsenen“. Wiener med. Presse. No. 4 und 5. 1887.

„Ueber nervösen Husten und seine Behandlung“. Berl. klin. Wochenschr. No. 43 und 44. 1887.

„Ueber hysterisches Luftschlucken, Rülpsen und respiratorisches Plätschern im Magen“. Wiener med. Presse. No. 14 und 15. 1889.

„Ueber functionelle Lähmung der sprachlichen Lautgebung“. Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1890.

„Serumtherapie und Statistik“. Münchener med. Wochenschr. No. 4. 1896.

Felix Semon.

William C. Glasgow (St. Louis) †.

Soeben geht uns die Nachricht von dem kürzlich erfolgten Tode dieses bekannten amerikanischen Laryngologen zu, der im Jahre 1890 das Amt des Präsidenten der American Laryngological Society bekleidete. Felix Semon.

Provisional Program of the Twenty-ninth Annual Congres of the American Laryngological Association to be held at Washington, D. C. May 7 th. — 9 th. 1907 in connection with the Seventh Meeting of the Congress of American Physicians and Surgeons.

President's Address, Dr. A. W. de Roaldes, New Orleans, La. Papers, „Straightening the Nasal Septum“ by Dr. A. W. Watson, Phila, Pa.: „A Case of bilateral Abductor Paralysis of the Larynx by Dr. Charles H. Knight, New York:

A Plea flor Local Anaesthesia in Operations on the Maxillary Sinus“ by Dr. Gordon, King, New Orleans, La.

„Non recurrent Carcinoma of Larynx removed through the natural passages over one year ago“ by Dr. E. Fletcher Ingals, Chicago, Ill.

„A Review of the Methods in use for the removal of Adenoids, with a Description of a Method which is through, safe and rapid“ by Dr. George L. Richards, Fall River, Mass.

„Spasm of the Oesophagus“ by Dr. John W. Farlow, Boston, Mass.:

„Massage of the Pharynx; Exhibition of an instrument used for the purpose by a famous Actor“ by Dr. S. W. Langmaid, Boston, Mass.

„A simple and effective Method of controlling Hemorrhage ofter Tonsillectomy“ by Dr. John O. Roe, Rochester, N. Y.

„Report of removal of Epithelioma of the Larynx by Thyrotomy, three and a half years ago“ by Dr. H. L. Swain, New Haven, Conn.

„Tuberculosis of the Accessory Sinuses of the Nose“ by Dr. J. W. Gleitsmann, New York:

„The Problem of Asepsis in routine office Work by Dr. Thomas Hubbard, Toledo, O.

Case Reports I. „Epithelioma of the Larynx“: Total laryngectomy including removal of part of the trachea: death from pneumonia on the thirteenth day. 2 Fibro-sarcoma of the pharynx in a child of eight years with autopsy findings and microscopical report by Dr. C. F. Thesen Albany, NY.

„Modern Procedures in Excision of Intrinsic Malignant Growths of the Larynx“ by Dr. J. Solis-Cohen, Phila, Pa.

Large Tumor of the Laryngo-Pharynx removed by Sub-hyoid Pharyngotomy by W. F. Chappell, New York.

„Removal of Papillomata of the Larynx by Direct Instrumentation with the aid of Killian's Tubes“ by Dr. C. G. Coakley, New York.

„Some Considerations relative to Systemic Infection through the Tonsillar Ring“ by Dr. J. L. Goodale, Boston, Mass.

„Ophthalmological Manifestations of Latent Diseases of the Nose and its Accessory Sinuses; report of illustrative cases“ by Fr. F. R. Packard, Phila. Pa.

It is expected that Prof. Gluck of Berlin and Prof. Killian of Freiburg will be present. The former will deliver an address on „Problems and Modern Method of the surgery of the Organs of the throat“.

Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermakfeier.

Laryngo-rhinologische Ausstellung in Wien, 21. bis 25. April 1908.

Gleichzeitig mit dem in Wien vom 21. bis 25. April 1908 tagenden „Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress“ wird in den Räumen der k. k. Universität eine Ausstellung von Objecten, die auf die Laryngologie, Rhinologie, Oesophagoskopie und Bronchoskopie Bezug haben, stattfinden. Zur Ausstellung gelangen: Untersuchungs-, operative und Behandlungs-Instrumente, Inhalations-, elektro-medicinische, Beleuchtungsapparate und sonstige technische Hülfsmittel, Prothesen, Handschriften, Bücher, Präparate, Abbildungen etc. — Die Interessenten, welche sich an der Ausstellung zu betheiligen wünschen, wollen ihre Betheiligung dem

Secretär des Congresses, Herrn Professor Dr. M. Grossmann, Wien, IX. Garnisongasse 10, bis spätestens 31. December 1907 unter genauer Beschreibung jedes einzelnen auszustellenden Gegenstandes anmelden, damit danach der Katalog zusammengestellt werden kann. Die Ausstellungsobjecte sind bis spätestens 15. Februar 1908 an Herrn Ober-Ingenieur Jaroschka, Inspector des k. k. Universitätsgebäudes in Wien zu senden, der dieselben in Verwahrung nimmt. Gegen Feuersgefahr, Diebstahl und Beschädigung werden die eingesandten Objecte durch das geschäftsführende Comité versichert. Die zollfreie Ein- und Ausfuhr ist von den competenten Behörden bewilligt und wollen die Herren Aussteller die dazugehörigen Documente vom obengenannten Secretär beanspruchen.

Wien, im April 1907.

Für das geschäftsführende Comité:

Der Secretär:	Der Präsident:
Professor Dr. M. Grossmann, IX. Garnisongasse 10, Wien.	Professor Dr. O. Chiari, I. Bellariastrasse 12, Wien.

XIV. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Pfingstmontag, 20. Mai 1907.

Angemeldete Vorträge und Demonstrationen.

1. Herr Professor J. Hoffmann-Heidelberg:
   Stimmbandlähmung bei Syringomyelie.
2. Herr Professor Jurasz-Heidelberg:
   Laryngologische Mittheilungen:
   a) Zur Frage der chronischen Laryngitis bei Kindern.
   b) Die Miliartuberkel der Kehlkopfschleimhaut.
   c) Die pachydermischen Verdickungen der hinteren Kehlkopfwand bei Kehlkopftuberculose.
3. Herr Professor Starck-Karlsruhe:
   Oesophagoskopische Diagnostik von Erkrankungen im oberen Speiseröhrenabschnitt.
4. Herr Dr. Vohsen-Frankfurt a. M.:
   Werth der Durchleuchtung für die Stirnhöhlenerkrankungen.
5. Herr Professor Siebenmann-Basel:
   a) Seltener Fall von Hyperkeratose der Haut des Mundes, Rachens und Kehlkopfs.
   b) Demonstration von Moulagen.
6. Herr Professor Seifert-Würzburg:
   Beitrag zur Kenntniss von den toxischen Kehlkopflähmungen.
7. Herr Dr. Oppikofer-Basel:
   Mikroskopische Befunde von Nebenhöhlenschleimhäuten bei chronischem Empyem.
8. Herr Dr. F. R. Nager-Basel:
   Bronchoskopische Mittheilungen.
9. Herr Dr. Avellis-Frankfurt a. M.:
   a) Laryngotomie ohne Canüle in Scopolamin-Narkose.
   b) Laryngocele externa.
10. Herr von Eicken-Freiburg:
    a) Weitere Mittheilungen über Hypopharyngoskopie und Demonstration der Methode.
    b) Bronchoskopische Mittheilungen.

11. Herr Dr. Brünings-Freiburg:
    Zur Technik der directen Tracheo-Bronchoskopie.
12. Herr Dr. Hug-Luzern:
    Ein Fall von acuter Leukaemie mit Exitus nach Adenotomie.
13. Herr Kander-Karlsruhe:
    Ueber Meningitis bei Keilbeinhöhlenempyem mit Ausgang in Heilung.
14. Herr Professor Denker-Erlangen:
    Weitere Erfahrungen über die Operation der chronischen Kieferhöhlenempyeme.
15. Herr Dr. Dahmer-Posen:
    Die breite Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Nase aus.
16. Herr Professor Gluck-Berlin:
    Neue Methoden der Radicaloperation der Zunge sowie der Mundboden- und Tonsillenregion.
17. Herr Katz-Kaiserslautern:
    Demonstration eines neuen elektromedicinischen Universalapparates für das ärztliche Sprech- und Operationszimmer.
18. Herr Dünges-Schoemberg:
    a) Zur laryngologischen Casuistik.
    b) Zur Theorie des Asthmas.
19. Dr. Saenger-Magdeburg:
    Demonstration.

Laryngo-Rhinologische Section der 79. Deutschen Naturforscher-versammlung.

Dresden, 15. bis 21. September 1907.

Vom 15. bis 21. September 1907 findet in Dresden die 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte statt. Vorträge und Demonstrationen für die Rhino-Laryngologische Section wolle man bis 31. Mai bei Herrn Dr. Max Mann, Ostra-Allee 7, anmelden.

Hochachtungsvollst

Dr. Hoffmann,

1. Einführender der Laryngologischen Section.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, Juni. 1907. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals.

1) **A. Fallas. Statistische Zusammenstellung aus der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung des St. Johannis-Hospitals in Brüssel. (Abtheilung von Dr. Delsaux.) (Relevé statistique du service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Saint Jean de Bruxelles. Service du Dr. Delsaux.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1 u. 2. 1906.*

In dieser Statistik, welche 14186 Consultationen umfasst, giebt F. interessante Details über 8 Beobachtungen, welche sich auf das Ohr beziehen.

Bei dem die Nasenaffectionen behandelnden Theil finden wir 2 Beobachtungen, aus denen man schliessen kann, dass die Tuberculose und Syphilis sich leicht verwechseln lassen. Die specifische Behandlung muss den Probestein bilden.

In den 5 Fällen von auf innerem Wege operirten Polysinusiten war das Resultat einmal günstig, während die 4 anderen Fälle sich nicht so günstig gestalteten. Einmal wurde ein Mandelschanker durch das Auftreten der Roseola und andere secundäre Erscheinungen bestätigt.

Ein Fall von tertiärer Syphilis, begleitet von einer Rhinitis atrophica und einer secundären Angina, behandelt während eines Monats als „Angine pultacée" (Ang. follicul.).

Ein Fall von acutem Larynxödem durch Verbrennung, bei welchem die Tracheotomie vorgenommen wurde, auf welche eine doppelseitige Bronchopneumonie, die in Heilung überging, folgte.

PARMENTIER.

2) **H. Burger** (Amsterdam). **Die practische Ausbildung der Mediciner in den Specialfächern. (De praktische opleiding der geneeskundigen in de speciale vakken.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 5. 1906.*

3) **H. Burger. Es taget im Osten. (Het daghet in het oosten.)** *Ibidem II. No 13. 1906.*

Zwei redactionelle Artikel, welche über die Vernachlässigung der speciellen Fächer, namentlich der Oto-Laryngologie in den Niederlanden handeln. B. betont die hohe Bedeutung dieser Disciplinen für die allgemeine Praxis und stellt die

dringende Forderung auf, dass erstens an sämmtlichen Universitäten die Oto-Laryngologie und die Dermato-Venerologie von speciellen Lehrern und gut ausgestatteten Kliniken vertreten seien, und zweitens, dass der Unterricht in diesen Fächern obligatorisch sein soll. Bis jetzt existiren für diese Specialitäten nur in Amsterdam Lehrstühle und Kliniken.

Im zweiten Artikel wird ein Jubelton angeschlagen, weil die Bitte um Lehrstühle in der Oto-Laryngologie erhört werden wird. In dem Staatsbudget für 1907 sind nämlich solche Lehrstühle für die Universitäten Leiden, Utrecht und Groningen vorgeschlagen.

H. BURGER.

4) **C. H. Knight. Der Unterricht in der Laryngologie einst und jetzt. (The teaching of Laryngology then and now.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Ein Vergleich zwischen den Methoden im Jahre 1863 und zur Jetztzeit.

EMIL MAYER.

5) **Thomas J. Harris. Die Frühgeschichte der Laryngologie in Amerika. (The early history of Laryngology in America.)** *Annals of Otology and Laryngology. December 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

6) **C. W. Richardson. Der Unterricht der Laryngologie und Rhinologie im Medicindepartement der George Washington Universität. (The teaching of Laryngology and Rhinology in the Medical Departement of the George Washington University.)**

7) **D. Braden Kyle. Die Unterrichtsmethoden in der Laryngologie an dem Jefferson Medical College. (The methods of teaching Laryngology in the Jefferson Medical College.)**

8) **C. G. Coakley. Der Unterricht in Laryngologie und Rhinologie an der New York Universität und dem Bellevue Hospital Medical College. (The teaching of Laryngology and Rhinology in the New York University and Bellevue Hospital Medical College.)**

9) **John Holand Mackenzie. Der Unterricht in der Laryngologie an der John Hopkins Universität. (The teaching of Laryngology in John Hopkins University.)**

10) **W. L. Ballenger. Der Unterricht in Rhinologie und Laryngologie am Medicindepartement der Universität Illinois. (The teaching of Rhinology and Laryngology Departement of Medicine University of Illinois.)**

11) **Robert Levy. Der Unterricht in Laryngologie und Rhinologie am Denver und Gross College of Medicine. (The teaching of Laryngoly and Rhinology in the Denver and Gross College of Medicine.)**

12) **W. M. C. Bryan. Der Unterricht in Laryngologie am Medicindepartement der St. Louis Universität. (The teaching of Laryngology in the Medical Departement of St. Louis University.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Der Inhalt dieser Abhandlungen ist im Titel enthalten.

EMIL MAYER.

13) **D. Veszprémi** (Kolozsvár, Ungarn). **Zucht und Thierversuche mit Bac. fusiformis, Spirochaeta gracilis und Cladothrix putredogenes. Beiträge zur Bakteriologie und Histogenese der experimentellen Gangrän.** (Aus dem pathol. Institut der Universität zu Koloszvár, Director Prof. v. Buday.) *Orvosi Hetilap. No. 48—52. 1906.*

Eingehende Forschung über Biologie und experimentelle Pathologie der betreffenden Mikroorganismen, welche für Laryngologen vom Standpunkte der Angina Vincenti und anderer gangränöser Processe viel Interesse bietet.

v. NAVRATIL-POLYAK.

14) **Gustav F. Ruediger. Eine Methode zur Isolirung des Pneumococcus in gemischten Culturen, z. B. Halsculturen. (A method of isolating Pneumococcus in mixed cultures such as throat cultures.)** *Journal of infectious diseases. April 1906.*

Der Nährboden ist ein zuckerfreies Agar, dem Inulin und Lakmus zugesetzt sind. Ein steriler Wattetampon wird gegen die Tonsille und Rachenwand gerieben. In 1 ccm steriler Bouillon wird eine Aufschwemmung gemacht und 4 oder 5 Röhrchen mit Lakmus-Inulin-Agar werden mit dieser Bouillonaufschwemmung geimpft und Platten gegossen. Bis zum 4. Tage muss nach rothen Culturen gesucht werden.

EMIL MAYER.

15) **Warfield F. Longcape** und **W. W. Fox. Eine vergleichende Studie über die Pneumokokken und Streptokokken aus dem Munde gesunder Individuen und bei krankhaften Zuständen. (A comparative study of pneumococci and streptococci from the mouths of healthy individuals and from pathological conditions.)** *Bulletin of the Ayer Clinical Laboratory of the Pennsylvania Hospital. Juni 1906.*

Aus den sehr detaillirt mitgetheilten Untersuchungen ergiebt sich, dass der Pneumococcus sich in der Mundhöhle von 40—50 pCt. der gesunden Individuen nicht constant findet. In den Wintermonaten ist die Verbreitung der Pneumokokken eine sehr grosse und zu dieser Zeit beherbergt eine grosse Zahl gesunder Personen virulente Pneumokokken in der Mundhöhle.

EMIL MAYER.

16) **B. Rucker jr. Studie über die Natur der in der Mund-Rachenhöhle gesunder Individuen gefundenen Mikroorganismen. (Study of the nature of the micro-organisms found in the mouths and throats of healthy persons.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. October 1906.*

Bei allen von R. untersuchten Personen fanden sich Streptokokken und Diplokokken, die als normale Bewohner der Mundhöhle gelten können. Streptococcus mucosus fand sich in 70 pCt., atypischer Pneumococcus in 50 pCt., typischer Pneumococcus in 25 pCt. der Fälle.

EMIL MAYER.

17) **Emilio Franco. Ueber die sogenannten acidophilen Mikroorganismen in der Mundhöhle des Menschen. (Sopra i microorganismi cosidetti acidofili della cavità orale dell'uomo.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. 31. October 1905.*

Verf. kommt zu dem Resultat, dass der Name der „acidophilen Mikroorganis-

men" nicht berechtigt sei, da er keinen Mikroorganismus hätte isoliren können, der nicht auf alkalischem Nährboden zu züchten war. EINDER.

18) **Capart jr. Angeborener Cystentumor des Halses. (Tumeur kystique congénitale du cou.)** *Journal de Méd. de Bruxelles. No. 33. 1906.*

In der Sitzung der anatomo-pathologischen Gesellschaft vom 22. Juni 1906 zeigt C. einen Tumor vor, bestehend aus agglomerirten Cysten mit Wandungen von wechselnder Dicke, der einem 2jährigen Kinde gelegentlich eines entzündlichen Nachschubes entfernt worden war. Derartige Tumoren sollen eine fötale Einsenkung bilden, herstammend von der dritten endodermatischen Kiemenspalte, welche dem Thymusbläschen seine Entstehung verleiht.

PARMENTIER.

19) **A. S. Feldstein. Die Behandlung tuberculöser Halsdrüsen mit X-Strahlen. (The treatment of tuberculous glands of the neck by the x-ray.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Januar 1907.*

Zwei Krankengeschichten werden mitgetheilt. Verf. empfiehlt die Röntgenstrahlenbehandlung der Halsdrüsenschwellung, wenn keine Erweichung oder Verkäsung eingetreten ist, in letzterem Falle hat die chirurgische Behandlung einzusetzen. Auch nach der Operation soll mit X-Strahlen behandelt werden, wenn Verdacht vorliegt, dass noch Drüsen vorhanden sind. LEFFERTS.

20) **Delkeskamp** (Königsberg). **Ueber die congenitale, unvollständige äussere mediane Halsfistel.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 84. 1906.*

Congenitale Halsfisteln, welche nicht nur mit ihrer Mündung, sondern auch in ihrem ganzen Verlauf in der Medianebene des Halses gelegen sind, werden entweder als Reste des Ductus thyreoglossus angesehen oder zurückgeführt auf den mangelnden Schluss der von den Seiten zusammenrückenden Kiemenbögen, bezw. des Sinus cervicalis in der Mittellinie. D. theilt einen Fall der zweiten Art mit, bei welchem ausserdem durch einen früher dem mesobranchialen Gebiet angehörigen epithelialen, später narbig veränderten, vom Kinn zum Jugulum ziehenden Strang ein mässiger Grad von Mikrognathie bewirkt worden war. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

21) **G. Gryns** (Weltevreden, Java). **Riechmessungen bei Europäern und Indiern. (Reukmetingen bij Europeanen inlanders.)** *Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië. Bd. XLVI. L. 3. 1906.*

Sehr sorgfältige, mit Umgehung aller Fehlerquellen mittelst des Zwaardemaker'schen Riechmessers gemachte Prüfungen bei Europäern und Eingeborenen Javas. Vorläufig wurde nur mit Essigsäure, Phenol und Ammoniak untersucht. Es zeigte sich, dass für diese Stoffe das Riechvermögen der Insulaner durchschnittlich ungefähr doppelt so gross ist als dasjenige der Europäer.

H. BURGER.

22) **Leonildo Matteotti. Natürliche Scala der Gerüche. (Scala naturale degli odori.)** *Bollett d. Malattie dell'orecchio, della gola e del naso. März 1907.*

Die vom Verf. aufgestellte Stufenleiter der Gerüche besteht aus 9 Gliedern. Die Arbeit eignet sich nicht zum Referat.

FINDER.

23) **H. Zwaardemaker. Die Qualitäten des Geruchssinns. (The qualities of the sense of smell.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Ein Ueberblick über die verschiedenen Methoden zur Untersuchung der Geruchssinnqualitäten von Fröhlich und Aronsohn bis zu den eigenen Arbeiten des Verf.'s auf diesem Gebiet.

EMIL MAYER.

24) **Van der Velden** (Frankfurt a. M.). **Zur Physiologie der Geruchsempfindung.** *Fortschr. d. Med. 28. 1906.*

In der kurzen Betrachtung über die schlechten Gerüche kommt Verf. zu dem Schluss, dass der schlechte Geruch entstanden ist aus der natürlichen Aversion des Menschen gegen den Menschen, und zwar erst Hand in Hand mit der Civilisation.

SEIFERT.

25) **Nemery. Die Reflexneurosen nasalen Ursprungs. (Les névroses réflexes d'origine nasale.)** *Archives Méd. Belges. Juni 1906.*

Nach einer eingehenden historischen Einleitung und Besprechung der Nasenreflexneurosen im Allgemeinen wie im Speciellen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Gewisse Nasenläsionen sind im Stande, unter vorhandenen Umständen des Nervensystems mannigfache Reflexstörungen hervorzurufen.

2. Solche Läsionen sind mehr oder minder vollständige Nasenstenosen mit oder ohne beständige Compression der Gewebe und der „Ethmoidalorgane" durch Polypen, Hypertrophien, Schleimhautverdickungen, Deviationen der Nasenscheidewand, Muschelanschwellungen mit oder ohne hyperästhetische Zonen.

3. In der Regel bringt die Beseitigung dieser Läsionen die hervorgerufenen Störungen zum Verschwinden.

BAYER.

26) **Kate Wylie Baldwin. Intranasaler Druck als Ursache von Kopfschmerzen, Diplopie und anderen Augenstörungen. (Intranasal pressure a cause of headaches, diplopia and other ocular disturbances.)** *The Laryngoscope. October 1905.*

In den acht mitgetheilten Fällen führte, nachdem langdauernde anderweitige Behandlung erfolglos gewesen, die Operation zum Ziel.

EMIL MAYER.

27) **Cornelius G. Coakley. Affectionen der Nase und der Nebenhöhlen als eine Ursache von Kopfschmerz. (Affections of the nose and adjacent sinuses as a cause of headache.)** *N. Y. Medical Record. 30. Juni 1906.*

Kopfschmerz kann von der Nase aus bedingt werden durch Leisten, Geschwülste, Deviationen, Contact zweier Schleimhäute, die auf die sensiblen Nervenendigungen des Trigeminus drücken. Die Schwierigkeit besteht darin, in jedem

Falle zu entscheiden, ob eine in der Nase gefundene Veränderung als einzige Ursache des Kopfschmerzes anzusprechen ist.

LEFFERTS.

28) **R. H. Johnston. Nasaler Kopfschmerz. (Nasal headaches.)** *Maryland Medical Journal. Mai 1906.*

Die Ursache für Kopfschmerzen liegt so häufig in den Nebenhöhlen, dass Verf. den Zeitpunkt nicht mehr fern sieht, wo probatorische Operationen an der Stirnhöhle gemacht werden.

EMIL MAYER.

29) **Wyatt Wingrave. Andauernder einseitiger Kopfschmerz in Folge Veränderungen am Knochen der mittleren Muschel. (Persistent unilateral headache due to changes in the bone of the middle turbinal body.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngnlogy. December 1906.*

Verf. weist darauf hin, dass man in Fällen, in denen Reflexerscheinungen von der mittleren Muschel ausgehen, sich nicht darauf beschränken soll, die Schleimhaut zu cauterisiren oder abzutragen, sondern dass man auch den Knochen beseitigen müsse. Er empfiehlt, sich dazu der Schlinge zu bedienen.

EMIL MAYER.

30) **A. Moleen. Nervöse Symptome bei Erkrankungen von Nase und Rachen. (Nervous symptoms in ocular and naso-pharyngeal diseases.)** *Colorado Medical Journal. Juni 1906.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

31) **Font de Boter** (Barcelona). **Asthma nasalen Ursprungs. (Asma de origen nasal.)** *Revista Barcelonesa de laryngologia. No. 7.*

In den mitgetheilten Fällen wurde durch Resection der unteren Muschel resp. des Septums Heilung des Asthmas erzielt.

TAPIA.

32) **Heyninx. Epilepsie und hohe intranasale Compression. (Epilepsie et compression internasale supérieure.)** *La Presse Méd. Belge. No. 8. 1906.*

Mittheilung von 4 Fällen von epileptischen Anfällen, bei welchen die Epilepsie mit Nasenobstruction und Reaction von Seiten der oberen Nasenpartien zusammentraf. Betreffs seiner diesbezüglichen Theorie vergleiche das Referat von 1905 über denselben Gegenstand.

BAYER.

33) **Hugo Frey** und **Alfred Fuchs. Epilepsie, reflectorisch von der Nase, dem Ohr und dem Rachen ausgehend. (Epilepsie réflexe d'origine nasale, auriculaire et pharyngienne.)** *Archives internationales de Laryngologie etc. No. II. October 1906.*

Verff. räumen den Erkrankungen der Nase und des Rachens für die Entstehung der Epilepsie bei prädisponirten Individuen eine grosse Bedeutung ein.

BRINDEL.

34) **Luigi Chierici. Die idiopathische Dysmenorrhoe als Reflexphänomen nasalen Ursprungs. (La dismenorrea idiopatica come fenomeno riflesso di origine nasale.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. 15. Mai 1906.*

Vorwiegend literarische Uebersicht über das Thema mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Fliess.

FINDER.

35) Jacobs. **Menstruelle Schmerzen und Anästhesie der Nasenschleimhaut. (Douleurs menstruelles et anesthésie de la muqueuse nasale.)** *Progrès Méd. Belge. No. 19. 1906.*

Nach einer historischen Rundschau über die Frage kommt der Autor an der Hand einiger mit Erfolg behandelter Fälle zu dem Schluss: Welches Dunkel auch immer noch diese Erscheinungen umhüllen mag, so scheint es doch, dass jeder Practiker ein sehr einfaches und absolut unschädliches Mittel an der Hand hat, vielen Frauen Erleichterung zu verschaffen und sie vielleicht auch zu heilen.

Er räth seinen Patientinnen die Application von kleinen in ca. 25proc. Lösung von Stovain eingetauchten Wattetampons, die er als weniger schädlich dem Cocain vorzieht.

PARMENTIER.

36) Falkner. **Eine neue Anwendung von Cocain in der Nase zur Milderung von Wehenschmerz und Dysmenorrhoe. (A nasal use of cocaine in the nose to relieve labor pains and dysmenorrhoea.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1906.*

Die Arbeit stammt aus der Klinik von Chrobak in Wien, aus der auch die Schiff'sche Arbeit hervorging, deren Inhalt bekanntlich gleichfalls eine Stütze der Fliess'schen Angaben über die Genitalpunkte in der Nase und die nasale Dysmenorrhoe darstellte. Verf. hat an einer Reihe neuer Untersuchungen gezeigt, dass es möglich ist, durch Berührung der Genitalpunkte in der Nase mit einer Sonde Uteruscontractionen auszulösen. Reizung dieser Punkte mittels Faradisation oder Galvanisation kann Wehen, ja sogar Abort herbeiführen. Cocainisirung der Genitalpunkte während der Wehen hatten eine ausgesprochene schmerzlindernde Wirkung während der ersten Periode, blieb aber wirkungslos in der Austreibungsperiode. Verf. führt den Fall einer robusten Frau an, bei der die Geburt eines Kindes mit kleinem Kopf ohne Schmerzen vor sich ging.

LEFFERTS.

37) Notiz des Herausgebers. **Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 21. Juli 1906.*

Der Artikel fusst auf der Schrift Wolff-Eisner's: „Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung". (München 1906.)

LEFFERTS.

38) Wm. F. Waugh. **Heufieber. (Hay fever.)** *Chicago Medical Recorder. 15. September 1906.*

Empfehlung in erster Linie medicamentöser Behandlung mit Aloin, Strychnin, Atropin etc.

EMIL MAYER.

39) J. Sömme (Norwegen). **Heufieber. (Höfeber.)** *Tidskrift for d. Norske Lägeforening. 15. Juni 1906.*

Uebersichtsartikel.

E. SCHMIEGELOW.

40) J. E. Schadle. **Klinischer Bericht über die Beziehung des Heufiebers zur Highmorshöhle. (Clinical report on the relation of hay-fever to the antrum of Highmore.)** *St. Paul Medical Journal. September 1906.*

In zwei Fällen von Heufieber bei Anhörigen derselben Familie trat nach Be-

handlung der Highmorshöhle Besserung der Heufiebersymptome auf. Verf. verspricht weitere Mittheilungen. EMIL MAYER.

41) **Jacob E. Schadle. Heufieber und andauerndes Bronchialasthma durch Behandlung der Highmorshöhle gebessert. (Hay fever and persistent bronchial asthma relieved by treatment directed to te antrum of Highmore.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1906.*

Bericht über einen Fall, der zur Illustration der engen Beziehungen zwischen Erkrankungen der Highmorshöhle und den localen und allgemeinen Symptomen des Heufiebers dienen soll. Die Antrumtheorie geht davon aus, dass die Highmorshöhle das Secret liefert, welches das Agens der localen Reizung im Sinus und in der Nase darstellt. Durch diese locale Irritation wird das centrale und sympathische Nervensystem gestört und neurasthenische Symptome treten auf. Eine antiseptische Behandlung des entzündeten und hypersecernirenden Antrums ist nothwendig. LEFFERTS.

42) **Salomon Solis-Cohen. Palliativmittel bei Heufieber. (Palliatives for hay-fever.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1906.*

Verf. bespricht zunächst die Nebennierenpräparate. Er findet, dass sie bei manchen Individuen und in gewissen Saisons Erleichterung verschaffen. Pollantin und Suprarenin müssen zuerst des Morgens geschnupft werden und zwar muss der Pat. danach 10—15 Minuten ruhig liegen bleiben. Zur innerlichen Anwendung empfiehlt er eine Combination von Hyoscin. hydrochlor, Camphor und Milchzucker oder eine Combination von Atropin, Camphor. monobromat. und Perubalsam.

LEFFERTS.

43) **W. Koster** (Leiden). **Weitere Mittheilungen über die Behandlung des Heufiebers. (Nadere mededeelingen omtrent de behandeling der hooikoorts.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 20. 1906.*

K. empfiehlt tiefe Gurgelungen, Nasenspülungen und Augenbäder mit einer 3—5procentigen Lösung von Kaliumchlorat, dreimal täglich. H. BURGER.

44) **A. C. Heath. Ein einfaches Mittel zur Erleichterung bei Heufieber. (A simple contrivance for the relief of hay fever.)** *Journal of the American Medical Association. 20. October 1906.*

Das Mittel besteht darin, dass zwei kleine Ringe, über die feinmaschige Leinwand oder Seide gespannt, und die durch ein Bändchen mit einander verbunden sind, derart in der Nase getragen werden, dass die eingeatmete Luft durch die Leinwand resp. Seide streichen muss. Der Apparat wird 24 Stunden lang hinter einander auch während Arbeit und Schlaf, getragen. Die Erleichterung soll nach 15 Minuten bis 1 Stunde auftreten. EMIL MAYER.

45) **M. E. Fink. Thymoljodid bei Heufieber. (Thymol jodide for hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 3. November 1906.*

Nach Ansicht des Verf. ist die Schleimhaut der Highmorshöhle der Ausgangspunkt für die Reflexreizung, die die Heufiebersymptome hervorruft. Um diese Reizung zu unterdrücken, insufflirt er durch die natürliche Oeffnung der Höhle

Thymoljodid. In der Mehrzahl der Fälle wird ein Resultat erst nach einer Reihe täglicher Einblasungen erzielt; es ist jedoch ein permanentes. LEFFERTS.

46) **Lewis S. Somers. Die Antitoxinbehandlung des Heufiebers. (The antitoxin treatment of hay-fever.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Als Resultat weitgehender Erfahrungen mit dem Dunbar'schen Antitoxin können folgende Schlussfolgerungen gegeben werden: Das Antitoxin bringt prompte und positive Besserung der Symptome in einer grossen Mehrzahl der Fälle. In einer kleineren Zahl der Fälle verschwinden die Symptome während der betreffenden Saison vollkommen. Wo nur geringe oder gar keine Wirkung zu constatiren ist, liegt dies an mangelhafter Anwendung des Mittels; nur in einer sehr kleinen Zahl von Fällen handelt es sich um eine wirkliche Idiosynkrasie. Wenn Erfolge erzielt werden, so werden meist alle Heufiebersymptome günstig beeinflusst, seltener scheint es, als ob das eine oder das andere Symptom besonders merklich beeinflusst wird. Wird das Mittel während der Heufieberattacke gegeben ohne Rücksicht auf deren Schwere, so wirkt es mehr als Palliativmittel, denn als Heilmittel. Wird es während einer Saison mit Erfolg angewandt, so verhütet es nicht das Wiederauftreten der Erkrankung in der nächsten; jedoch kann man annehmen, dass die künftigen Anfälle etwas modificirt werden. Die Pulverform des Antitoxin ist der Flüssigkeit vorzuziehen. EMIL MAYER.

47) **Broeckaert. Studien über Vaselin- und Paraffininjectionen. ((Etudes sur les injections de vaseline et des paraffine.)**

In der Sitzung der Kgl. medic. Academie von Belgien vom 29. September 1906 macht B. eine Mittheilung über seine bekannten Injectionen von Vaselin und Paraffin; es geht daraus hervor, dass die Paraffininjectionen keine absolute Sicherheit vor üblen Zufällen bieten, dass aber letztere durch die Methode des Autors auf ein sehr annehmbares Minimum herabgesetzt und die Dauerhaftigkeit des erzielten Resultates sicher gestellt ist. BAYER.

48) **Broeckaert. Behandlung der Ozaena; curativer Werth der Paraffininjectionen und der chirurgischen Intervention. (Traitement de l'ozène. Valeur curative des injections de paraffine et de l'intervention chirurgicale.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 5. 1906.*

Zwanzig ganz zufällig seit Monat August 1905 der Klinik entnommene Beobachtungen erlauben B. die Methode der Paraffininjectionen bei der Ozaena als ganz unbestreitbar zu erklären. Es handelte sich um ganz ausgesprochene Fälle, die zweifelhaften Fälle wurden systematisch beseitigt; vor wie nach der Behandlung wurde der Zustand der Schleimhaut, der Secretionen, des Geruchs: die Nichtexistenz einer Sinusitis notirt. Die geheilten Fälle waren es vollständig. Das Verfahren zeigte sich ganz gefahrlos. Viele Misserfolge sind dem zuzuschreiben, dass die Experimentatoren nicht ausdauernd genug sind. Die im Jahre 1902 und 1903 behandelten und nachuntersuchten Patienten sind nach 3 ja 4 Jahren definitiv geheilt geblieben.

In Bezug auf die Pathogenie der Ozaena kommt B. zu dem Schluss, dass diese Infection eine Toxininfection (Paratuberculose) bildet, welche hauptsächlich

auf die Gefässe und Drüsen der Nasenschleimhaut dank prädisponirender Ursachen einwirkt. Die Behandlung mit Paraffininjectionen wirke insbesondere vermittelst der mechanischen Intervention und einer Gewebsreaction. Wenn neben der Ozaena noch Eiterung einer oder mehrerer Nebenhöhlen besteht, so könne die Heilung nur nach einer chirurgischen Behandlung erzielt werden. Dies hat den Autor veranlasst, bei gewissen Patienten die chirurgische Behandlung auszuüben, auf welche er eine Restauration mit Paraffin folgen lässt.

PARMENTIER.

49) **Jaumenne. Ueber den Werth der Paraffininjectionen und der Nasosinusalausräumung bei der Behandlung der Ozaena. (De la valeur des injections de paraffine et de l'évidement nasosinusal dans le traitement de l'ozène.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 10. 1906.*

Schlüsse: I. Die Paraffininjectionen wirken eine gewisse Zeit bei der Ozaena, indem sie einen entzündlichen Zustand hervorrufen, der die Loslösung der Krusten zur Folge hat und damit den fötiden Geruch beseitigt. Der günstige Zustand, dessen Dauer dem entzündlichen Zustand proportional ist, wird wieder beseitigt durch die skleröse Organisation der fixen Elemente des entzündlichen Exsudats, welche durch das Paraffin herbeigeführt würde. Es scheint daher wenig rationell, die Ozaena, welche eine diffuse Sklerose der Schleimhaut darstellt, durch ein sklerosirendes therapeutisches Agens behandeln zu wollen.

II. Die Nasosinusalausräumung hat den Zweck, die Sklerosirung der Nasenschleimhaut zu beschleunigen; sie führt die Volumenzunahme der Nasenhöhlen herbei. Diese zwei Bedingungen sind aber in der Pathogenie der Ozaena aufgeführt; desshalb ist der Autor der Ansicht, dass diese Operation dem beabsichtigten Zweck zuwiderläuft.

PARMENTIER.

50) **C. Häuselmann** (Biel). **Zur Nasentamponade.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1906.*

Autor wendet sich gegen die neuerdings empfohlenen, verschiedenen Arten der Nasentamponade. Er erklärt jede Nasentamponade für schädlich und — seit Einführung des Perhydrols — auch für überflüssig. Hänselmann glaubt alle nasalen Blutungen, auch die postoperativen, durch Application von Perhydrol, endgültig beseitigen zu können. Für etwaige zu Hause auftretende Blutungen giebt er dem Patienten 30 g 3proc. Perhydrol mit; bei allen vorgekommenen Nachblutungen konnten die Patienten selbst zu Hause damit die Blutung zum Stillstand bringen.

HECHT.

51) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Weiteres über die Nasentamponade.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1906.*

Von den verschiedenen Nebennierenpräparaten hat sich Autor das „Hemisine“ am besten bewährt. Es besitzt den Vortheil, in Tablettenform im Handel zu sein und mit einer langdauernden Haltbarkeit die bequeme sofortige Herstellung einer entsprechenden Lösung in gewünschter Stärke zu vereinigen. Die postoperasiven Nachblutungen verhindert Autor durch die in einer früheren Arbeit geschilderte Tamponade mit Eisenchloridwatte. Das Hemisine setzt die Nasenschleimhautsecretion bedeutend herab, während die desinficirende Wirkung des Eisen-

chlorids das nicht übermässig producirte Secret vor Zersetzung schützt. Zur Nachbehandlung empfiehlt Verf. das Xeroform, das er mittels Kapierske einstäubt, warnt dagegen vor Airol, das oberflächliche Schorfe auf der Nasenschleimhaut setze.

HECHT.

52) **Adolf Reche. Ein neues Instrument zur Nasenmassage.** *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1906.*

Modification des alten Excenterhandstückes; der Motor ist in dem Handgriff enthalten und kann schon durch einen zweizelligen Accumulator in Betrieb gesetzt werden. Verschiedene Ansatzstücke (elastische, biegsame Knopfsonde, steife Watteträger) dienen zur entsprechenden Massage der Nasenschleimhaut in sagittaler Richtung. Das Instrument ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

53) **Boulai. Gefahren der Nasenspülung. (Dangers de l'irrigation nasale.)** *Province médicale. 8. September 1906.*

Verf. will die Nasendouchen nur bei Ozaena zur Beseitigung der Borken und des Foetor angewandt wissen.

A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

54) **E. Fynant** (Brüssel). **Die Stomatologie im Spital. (La Stomatologie à l'Hôpital.)** *La Clinique. No. 28. 1906.*

Der Stomatologe muss nicht nur die Heilung von Zahnläsionen im Auge haben, sondern auch ihre Prophylaxe und die Hygiene des Mundes. Er muss im Stande sein, die geringsten Mund- und Zahnläsionen zu entdecken nicht nur während dieselben ablaufen, sondern schon wenn dieselben auftreten. So wird er Aerzten und Chirurgen Dienste leisten ebensogut wie den Kranken. Die zahnärztlichen (Spital)-Dienste sollen ferner dazu dienen, die Stomatologie zu verbreiten; denn es ist nothwendig, dass alle Aerzte sich mit den Specialitäten bekannt machen, ebenso wie es wünschenswerth ist, dass die Specialisten manchmal mit der allgemeinen Pathologie Fühlung nehmen.

PARMENTIER.

55) **Hébert** und **Lamoureux. Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Methylenblau. (Traitement de la stomatite mercurielle par le bleu de methylène.)** *Revue méd. de Normandie. 29. November 1906.*

Verff. haben sich der Pinselungen mit Methylenblau mit Vortheil gegen die Hg-Stomatitis bedient; die Wirkung ist ebenso prompt wie bei der ulcero-membranösen Stomatitis. Man muss vorher den Urin untersuchen, da in Fällen von Albuminurie die Behandlung contraindicirt ist.

A. CARTAZ.

56) **A. Rossi-Marcelli. Beitrag zum Studium der wässrigen Tonsillarextracte. (Contributo allo studio degli estratti acquosi tonsillari.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. October 1906.*

Verf. hat als Material für seine Untersuchungen die Tonsillen frisch geschlachteter Kühe benutzt; das Extract stellte sich, nach wiederholtem Durchgang durch das Chamberlandfilter, als eine ganz klare Flüssigkeit von indifferenter Reaction dar.

Die Untersuchungen führten zu folgendem Resultat:

Der wässerige Tonsillarextract hat ziemlich erhebliche toxische Eigenschaften. Er besitzt eine ausgesprochene gefässverengernde Wirkung, was sowohl aus der plethysmographischen Curve der Niere, wie mikroskopisch aus den verschiedenen Formen von Blutungen, die sich im Lungen- und Nierengewebe finden, hervorgeht. Diese gefässverengende Wirkung hängt wahrscheinlich von einer Einwirkung des vasomotorischen Centrums ab. Durch den Tonsillarextract wird der Blutdruck in geringem Grade gehoben; dies hängt aber nur ab von der peripheren Gefässverengung, ebenso wie durch diese die verminderte Frequenz und die Verstärkung der Herzsystole erklärt wird. Evident ist die Wirkung auf den Athmungsmechanismus; nach endovenöser Injection des Extracts werden die Athmungen tiefer und frequenter, bis sie schliesslich einen ausgesprochen dyspnoischen Charakter annehmen. FINDER.

57) **Letulle. Die mercurielle Stomatitis. (La stomatite mercurielle.)** *Presse médicale. 16. März 1907.*

Der mercuriellen Stomatitis gebührt ein Platz in der Nosographie. Ihre Erscheinungen sind nicht einfach als die einer Infection anzusehen, die durch die Localisation der toxischen Ausscheidung begünstigt ist. Verf. stützt seine Anschauung durch verschiedene anatomisch-pathologische Gründe.

GONTIER de la ROCHE.

58) **G. J. Teljer** (Haag). **Ulcus durum labii superioris oris.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 510. 1907.*

Vorstellung eines Falles. H. BURGER.

59) **D. U. Eisendrath. Krebs der Lippen und der Zunge. (Cancer of the lips and tongue.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1906.*

Da diese Carcinome sich fast stets per continuitatem oder längs der Lymphräume oder Gefässe ausbreiten und sehr selten zu Metastasen in entlegenen Organen führen, so hat die Frühoperation gute Chancen. Verf. entfernt in den Fällen des Anfangsstadiums sowohl wie in den vorgeschritteneren die Lymphknoten nebst dem umgebenden Gewebe im Submaxillardreieck und längs der Vena jugularis. Bei dem Zungenkrebs ist es besser, falls sich die Geschwulst über die Mittellinie hinaus erstreckt, das ganze Organ zu entfernen, da es wahrscheinlich ist, dass die Lymphdrüsen auf beiden Seiten des Halses erkrankt sind. Verf. betont die Nothwendigkeit, die tiefen Cervicaldrüsen längs der Vena jugularis interna zu entfernen und eine Infection des Operationsfeldes durch die primäre Geschwulst oder carcinomatöse Drüsen zu vermeiden. Ist beim Zungenkrebs die Betheiligung der Lymphdrüsen eine sehr weitgehende, so ist es besser, nach Butlin's Rath in zwei Zeiten zu operiren. LEFFERTS.

60) **F. Kiesow. Beitrag zur Kenntniss der Nervenendigungen in den Papillen der Zungenspitze. (Contributo alla conoscenza delle terminazioni nervose nelle papille della punta della lingua.)** *Verhandlungen der R. Academia delle Scienze di Torino. Vol. 39. Heft 6.*

Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen leugnet Verf. die vaso-

motorische Function der intrapapillaren Nervenplexus, da ihre Unabhängigkeit von den Capillaren evident ist. Die von Ruffini in den Papillen gefundenen Gebilde sieht er, wie jener, als selbstständige Formationen und nicht, wie Leontowitsch als Jugendformen Meissner'scher Körperchen an. Verf. schreibt dem intrapapillaren Nervenendplexus eine Tastfunction zu. FINDER.

61) **G. Finocchiero. Beitrag zum Studium der Nervenendigungen in den Papillae circumvallatae. (Contributo allo studio delle terminazioni nervose nelle papille circumvallate.)** *Arch. Ital. di Anat. e di Embriol. Vol. III. p. 288.*

Mit der Golgi'schen Methode zeigt Verf., dass ein submucöses nervöses Ganglion plexiforme existirt, das meist zwischen den Muskelfasern und nahe der Vertiefung der Papillae circumvallatae gelegen ist; von diesem Ganglion geht eine Nervenfaser aus, die sich dann in den Papillen verästelt. FINDER.

62) **Dubois-Havenith. Oberflächliche Glossitis bei einem Neuropathen. (Glossite superficielle chez un névropathe.)** *La Policlinique. No. 12 u. 13. 1906.*

Intensiv rothe, glatte und bei Berührung mit Speisen sehr empfindliche Zunge ohne Verdauungsstörungen. Der Autor bringt dieselbe in Zusammenhang mit einer Neurodermatitis, an welcher Patient vor einigen Jahren litt und welche symmetrisch in beiden Ellenbogenfalten sass.

Der Kranke bekam plötzlich ein angioneurotisches Oedem des Gesichts, der Wangen und Lippen mit gastrischen Störungen, welches die gestellte Diagnose vollständig beseitigte. BAYER.

63) **M. Joseph** (Berlin). **Glossitis saturnina.** *Dermat. Centralbl. Bd. X. H. 5. 1907.*

Die eigenthümliche Glossitis führt Verf. darauf zurück, dass es sich um eine Bleiintoxication geringfügiger Art handeln könnte, bei welcher ein Bleistück (Rehposten) vor 2 Monaten im Munde, und zwar in eine Guttaperchaplombe eingekeilt sich befunden hatte. Mit der Beseitigung dieses Bleistückes gingen die Zungenerscheinungen rasch zurück, die in einem grauweissen Belag, Verdickung der ganzen Zunge, mässigen Schmerzen und starker Trockenheit bestanden hatten.

SEIFERT.

64) **Duhot. Zungensklerose. (Sclerose de la langue.)** *Journal de Bruxelles. No. 26. 1906.*

In der Sitzung der Belgischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie vom 13. Mai 1806 stellt D. einen 20jährigen Kranken vor, der seit 19 Monaten an Syphilis litt. — Discussion über die Diagnose secundärer oder tertiärer Glossitis syphilitica. PARMENTIER.

65) **P. Alglave. Zungentuberculose. (Tuberculose linguale.)** *Soc. anat. de Paris. 28. December 1906.*

Es handelt sich um lenticuläre Abscesse, die sich in Folge eines Bisses entwickelt haben. Impfversuche fielen positiv aus. A. CARTAZ.

66) **Guilio Martuscelli. Beobachtung eines Zungenfibroms mit gleichzeitigen Larynxfibromen. (Una osservazione di fibroma della lingua concomitante con fibromi della laringe.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. Januar 1907.*

Der Tumor der Zunge sass am linken Rande derselben, der Larynxtumor in der vorderen Commissur. Beide erwiesen sich als harte Fibrome. FINDER.

67) **Goris. Bemerkung zur Exstirpation eines Kropfes der Zungenspitze. (Note sur l'exstirpation d'un goître de la pointe de la langue.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 52. 1906.*

In der Sitzung der Königl. belgischen Academie für Medicin vom 24. November 1906 macht G. Mittheilung über die Exstirpation eines kleinen haselnussgrossen Tumors rechts von der Zungenmittellinie, 1 cm von der Zungenspitze entfernt, welcher sich nach einem Sturze auf das Kinn entwickelt hatte, bei welchem die Zunge zwischen den Zähnen eines falschen Gebisses contusionirt worden war. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt reines Schilddrüsengewebe.

PARMENTIER.

68) **Josesph H. Bryan. Maligne Erkrankung der Zunge. (Malignant disease of the tongue.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Bericht über 2 Fälle. Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association Juni 1906. EMIL MAYER.

69) **Delsaux. Rechtsseitige phlegmonöse Amygdalitis lingualis; eitrige Periamygdalitis; Phlegmone lignos. des Halses. (Amygdalite linguale droite phlegmoneuse; periamygdalite purulente; phlegmon ligneux du cou.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 50. 1906.*

Tod an Herzsynkope während der Operation behufs Abscesseröffnung trotz Tracheotomie. In vorliegendem Falle war die Zunge vollständig frei und der Kehlkopf sichtbar; die Stimmbänder beweglich; die Chloroformnarkose ist in derartigen Fällen gefährlich. Die Autopsie gab Aufschluss über das Zustandekommen der Synkope; trotz des kurzen Krankseins — 8 Tage — war das Herz fettig degenerirt, von der Farbe abgestorbener Blätter, die Leber, Milz und Nieren waren verändert in Folge des ganz besonders infectiösen Charakters der Phlegmone; die Person war jung und kräftig gebaut. PARMENTIER.

70) **Francis B. Kellog. Eine Operation zur schmerzlosen und unblutigen Entfernung versenkter Tonsillen und der Tonsillen Erwachsener. (An operation for the painless and bloodless removal of submerged and adult tonsils.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Nach Bepinselung der Schleimhaut mit 10proc. Cocainlösung wird mittels einer Pynchon'schen Tonsillenspritze ein Tropfen einer Mischung von 12proc. β-Eucain und Adrenalin 1 : 1000 eingespritzt, indem die Canüle der Spritze in den vorderen Gaumenbogen eingestochen wird. Man muss darauf achten, dass der Gaumenbogen nicht durchstochen wird, sondern dass die Infectionsflüssigkeit unter die Schleimhaut desselben kommt. Es entsteht ein Bläschen, an dessen Grenze ein zweiter Tropfen injicirt wird und so fort, bis der ganze Gaumenbogen

bedeckt ist. Die Tonsille wird zum Theil mit dem Galvanokauter entfernt und die Operation mit dem Tonsillotom vollendet.

EMIL MAYER.

71) **O. J. Stein. Indicationen für die chirurgische Entfernung der Tonsillen und die beste Methode zu ihrer Ausführung. (Indications for the surgical removal of tonsils and the best methods for doing so.)** *Chicago Medical Recorder. 15. August 1906.*

Um eine möglichst gründliche Entfernung der Tonsillen zu erzielen, wendet St. eine Methode an, die eine Combination der Dissection mit der Anwendung der Tonsillotomie darstellt. Nach Cocainisirung der Tonsille und der Gaumenbögen, wird jene fest mit einer Zange gefasst und von ihren Anheftungen an Bindegewebe und Schleimhaut befreit. Während der Zug mit der Zange fortgesetzt wird, fasst man die Drüsenmasse mit einem Mackenzie'schen Tonsillotom und excidirt sie.

EMIL MAYER.

72) **A. G. Bryant. Die Anwendung der kalten Schlinge zur Entfernung hypertrophischer Tonsillen. (The use of the cold wire snare in the removal of hypertrophied tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1906.*

Die Anwendung der kalten Schlinge bietet nach dem Verf. unter Anderem folgende Vortheile: Die zur Operation erforderliche Zeit ist auf ein Minimum reducirt. Blutung, Schmerz und Würgen sind gewöhnlich sehr gering. Die Asepsis kann sorgfältig beachtet werden. Man braucht keine Scheere, Messer oder Galvanokaustik, um die Gaumenbögen von der Tonsille zu trennen. Die Reaction nach dem Eingriff ist sehr gering. Die Tonsille wird völlig entfernt und ein Recidiv ist ausgeschlossen.

LEFFERTS.

73) **Avale** (Barcelona). **Ein Fall von Secundärblutung nach Abtragung der Mandeln. (Un cas d'hémorrhagie secondaire à l'ablation des amygdales.)** *Rivista Barcelonesa de laringologia. No. 7.*

Die Blutung wurde dadurch gestillt, dass man einen mit Wasserstoffsuperoxyd getränkten Tampon gegen die Fossa tonsillaris drückte.

TAPIA.

74) **J. C. Henkes** (Amsterdam). **Ueber Blutung nach Tonsillotomie und eine neue Methode der Blutstillung. (Een en ander over bloeding na tonsillotomie en een nieuwe methode van bloedstelping.)** *Nederl. Tijdschr v. Geneesk. I. No. 4. 1907.*

Ueberblick über die Ursachen der postoperativen Tonsillarblutung und über die zur Stillung derselben angegebenen Methoden. Die Methode H.'s beruht auf der von Heermann und Escat unabhängig von einander empfohlenen Vernähung der beiden Gaumenbögen. Anstatt die Bögen zu vernähen, benutzt er starke Agraffen (Entfernung der Spitzen 2 cm), die mittelst einer zu diesem Zwecke construirten Zange in die beiden Bögen eingehakt und zugekniffen werden, nachdem vorher ein Tampon in die Tonsillarnische eingeführt worden. Eine zweite Zange dient zum Herausnehmen der Agraffen.

H. BURGER.

75) **Dubar. Subhyoidale Phlegmone in der Mittellinie in Folge Dissection der Mandeln. (Phlegmon sous-hyoidien médian consécutif à la discission amygdalienne.)** *Progrès médical. No. 9. 1906.*

Der Abscess wurde geöffnet, und es entleerten sich grosse Mengen Eiter. Verf. entwickelt eine Theorie über die Pathogenese der Erkrankung. BRINDEL.

76) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Ueber die Behandlung peritonsillärer Abscesse. (Over de behandeling van peritonsillaire abscessen.)** *Medisch Weekblad. XIII. No. 30 u. 31.*

M. empfiehlt als eine den practischen Aerzten besser als die Incision zugängliche Behandlung der peritonsillären Abscesse die Eröffnung derselben mittelst einer gradwinklig abgebogenen Sonde, welche nach Cocainisation in die Fossa supratonsillaris eingeführt wird. Hier wird mit leisem Druck der Abscess leicht eröffnet. M. benutzt als Sonde eine Zange, welche behufs Verbesserung des Ausflusses des Eiters in der eröffneten Abscesshöhle geöffnet wird. Ist die Fossa supratonsillaris von der Pars palatina tonsillae verdeckt, so wird letztere mittelst der Ruault'schen Zange abgetragen.

Schliesslich lenkt M. die Aufmerksamkeit auf die nicht seltenen chronischen supratonsillaren Abscesse hin, welche auf demselben Wege diagnosticirt und behandelt werden. H. BURGER.

d. Diphtherie und Croup.

77) **H. Burger** (Amsterdam). **Mortalität der Diphtherie und Serumbehandlung. (Sterfte aan diphtherie und serum-behandeling.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 692. 1906.*

Heilungszahlen der wegen diphtherischer Stenose im Emma-Krankenhaus zu Amsterdam operirten Diphtheriepatienten:

Vor der Serumtherapie (24. Oct. 1894).			Während der Serumtherapie.		
	Zahl	Heilung i. pCt.		Zahl	Heilung i. pCt.
1883	—	33	1895	99	77.7
1884	51	34	1896	226	76.1
1885	58	34	1897	174	74.1
1886	76	45	1898	108	80.5
1887	98	44	1899	55	78.1
1888	87	37	1900	61	75.4
1889	145	32.5	1901	79	71.4
1890	166	39	1902	83	68.2
1891	148	40	1903	54	62.9
1892	84	49	1904	38	74.3
1893	97	47	1905	47	65.3
1894	114	50			

H. BURGER.

78) **Lawrason Brown, A. H. Allen** und **J. S. Lupton. Eine kurze Studie über eine Diphtherieepidemie im Adirondack Cottage Sanatorium. (A brief study of a diphtheria epidemie at the Adirondack Cottage Sanitorium.)** *American Journal of Medical Sciences. Februar 1907.*

Verff. plaidiren dafür, dass in Instituten immunisirende Antitoxindosen von 500 Einheiten alle zwei Wochen zwei- bis dreimal gegeben werden sollen. Es ist unnöthig, Patienten mit positivem bacteriologischen Befund in Hals und Nase, wenn nicht klinische Symptome vorhanden sind, von solchen mit negativem Befund zu separiren, sobald die Immunisirung ausgeführt ist. Patienten mit Tuberculose — das Sanatorium ist ein solches für Tuberculose im Anfangsstadium — sollen in Bezug auf die Diphtherieprophylaxe so behandelt werden, wie gesunde Individuen. Leichte Diphtherie scheint auf den Verlauf der Lungentuberculose keinen oder geringen Einfluss zu haben.

EMIL MAYER.

79) **Ch. Eloire. Menschliche Diphtherie und Diphtherie der Vögel. (Diphtérie humaine et diphtérie aviaire.)** *Médecine et Hygiène. Januar 1907.*

Eine gewisse Anzahl von gut beobachteten Fällen zeigt, dass die Diphtherie der Vögel für den Menschen ansteckend ist, wahrscheinlich wenn die Virulenz des Bacillus erhöht ist. Im Uebrigen kann man die Diphtherie der Vögel mit derjenigen der Menschen nicht in Zusammenhang bringen, da ihre morphologischen und biologischen Charaktere wesentlich von einander verschieden sind.

GONTIER de la ROCHE.

80) **Meikle. Bacillen im Hals von Diphtheriereconvalescenten. (Bacilli in the throats of convalescent diphtheria patients.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Februar 1907.*

Für die morphologische Diagnose der Diphtherie giebt Neisser's Färbung die besten Resultate. Wenn die Bacillen aus dem Halse verschwinden, so wird die lange C-Form durch die kurze D-Form ersetzt. Hofmann's Bacillus findet sich in allen Arten von Fällen und zu verschiedenen Zeiten, am häufigsten jedoch während der Reconvalescenz. In Fällen mit Anwesenheit von Staphylokokken bleiben die Diphtheriebacillen länger persistent. Treten Streptokokken frühzeitig auf, so verschwinden gewöhnlich die Diphtheriebacillen schnell; die Streptokokken finden sich fast in jedem Fall nach dem Verschwinden der Diphtheriebacillen. Gründliche und langanhaltende locale antiseptische Behandlung vermindert die Virulenz der Bacillen.

LEFFERTS.

81) **R. Bylsma** (Middelburg). **Postdiphtheritische Paralyse der Accommodation. (Postdiphtheritische paralyse van de accommodatie.)** *Geneesk. Courant. 10. November 1906.*

In sämmtlichen vom Verf. beobachteten Fällen von Accommodationslähmung war die primäre Rachendiphtherie geringgradig. Verf. beobachtete diese Complication in keinem einzigen Fall, wo Serum injicirt worden war.

H. BURGER.

82) **Moltschanoff** (Moskau). **Zur Frage über die operative Behandlung der Diphtheriestenosen des Kehlkopfes bei Säuglingen.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 65. 1907.*

Bei der grösseren Zartheit der Gewebe, der erhöhten Empfänglichkeit gegen Secundärinfection gestalten sich die Bedingungen für die Intubation im Säuglingsalter unbestreitbar ungünstiger und erhöhen die Sterblichkeit. Immerhin ist die Intubation der Tracheotomie im Säuglingsalter vorzuziehen. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **Frank E. Miller. Eine Originaluntersuchung über die Ursache der Stimmbandknötchen. (An original research on the cause of vocal nodules.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Unter 234 Fällen von Stimmbandknötchen, die Verf. in den letzten 15 Jahren beobachtet hat, fanden sich 136 auf dem linken, 98 auf dem rechten Stimmband; 32 waren bilateral und symmetrisch am vorderen Drittel der Stimmlippe.

In seiner einfachsten Form ist das Sängerknötchen ein oberflächliches Oedem, das sich am Rande des Stimmbandes zeigt, bald an dem einen und dann an dem andern, bald an beiden zugleich. Heilung in diesem Stadium der Erkrankung tritt durch eine Resorption der in das Gewebe ausgetretenen Flüssigkeit ein. Für die Bildung des Knötchens ist es bemerkenswerth, dass ein solches, wenn es einem chronischen Husten, also einem Trauma, seine Entstehung verdankt, an jedem Theil des Stimmbandes sich bilden kann, die durch Ermüdung der Stimme entstehenden Knötchen dagegen zeigen eine Vorliebe für gewisse Theile des Stimmbandes und zwar das vordere und mittlere Drittel desselben. Es kann vorkommen, dass ein „traumatisches“ und ein wirkliches Sängerknötchen gleichzeitig vorhanden sind, wobei jenes an ungewöhnlichen Theilen des Stimmbandes seinen Sitz hat. Die Theorie des Verf.'s über die Entstehung des Sängerknötchens ist folgende: Eine grosse Anzahl der Patienten zeigt eine folliculäre Tonsillitis; diese wird von einer mehr oder minder starken Congestion der Kehlkopfschleimhaut begleitet, in Folge dann der Theil über den Stimmbändern geeigneter wird, ödematös zu werden. Ferner wird angenommen, dass eine Hyperactivität gewisser Bündel des M. thyreo-arytaenoideus extern. vorhanden ist und dass da, wo diese die Stimmbänder kreuzen, ein localisirtes Oedem oder Sängerknötchen hervorgebracht wird.

Verf. hat in seinen Fällen ausser Stimmübungen eine Art schwedischer Massage der Kinnmuskeln angewandt und davon im ersten Stadium der Erkrankung Erfolge gesehen. Er giebt eine genaue Beschreibung, wie er diese Massage ausführt und fährt dann fort: „Ich kenne kein Mittel, das so schnelle und merkbare Wirkungen auf die Schleimhaut der Stimmbänder . . . ausübt. So merklich ist dies, dass Knötchen, die noch ganz frisch sind, nicht zu gross und zu tief infiltrirt, in der Zeit von 3—5 Tagen sich resorbiren.“

Niemals hat Verf. einen Fall von beginnender Knötchenbildung gesehen, ohne käsige Pfröpfe aus den Tonsillen ausdrücken zu können. „Diese Tonsillen werden sorgfältig durch tiefe Injectionen von 10procentiger Argyrollösung in die Crypten behandelt, und der Patient wird angeben, dass die Stimme viel klarer

ist . . ." Dann wird die Massage nach dem Verfahren des Verfassers angewandt. Im acuten entzündlichen Stadium lässt Verf. mit dem Louis Sass'schen Inhalator eine Jodoformemulsion inhaliren. Auch für die Anwendung dieses Verfahrens giebt er ausführliche Vorschriften. Unterstützt wird die Therapie durch medicamentöse Behandlung. Obwohl die endolaryngeale Entfernung der Knötchen durch Instrumente oder Caustik in der Arbeit Erwähnung findet, so legt Verf. doch das Hauptgewicht auf die Prophylaxe der Entstehung und auf die Behandlung der Stimmgebung. Er hat durch Stimmübungen Knötchen, die bereits 3 Jahre bestanden, heilen sehen.

EMIL MAYER.

84) **Parmentier. Kehlkopfpolypen. (Polypes du larynx.)** *Progrès Médical Belge. No. 6. 1906.*

Allgemeine Studie über dieses Thema, welche zu dem Schluss führt, dass die Behandlung eine ausschliesslich chirurgische sein muss und sei es auf endo-, sei es auf extralaryngealem Wege vorgenommen werden soll.

AUTOREFERAT.

85) **Compaired** (Madrid). **Grosses intralaryngeales Fibrom. (Voluminoso fibroma intralaringeo.)** *Siglo Medico. 23. März 1907.*

Die Diagnose gelang erst, nachdem mittels der Mermot'schen Zange die Epiglottis abgetragen war. Auf diese Weise wurde die Operation erleichtert.

TAPIA.

86) **Pamtandey. Grosser Polyp der linken ary-epiglottischen Falte, nach präventiver Tracheotomie exstirpirt. (Volumineux polype inséré sur le repli ary-épiglottique gauche et exstirpé après trachéotomie préventive.)** *Bulletin méd. 9. Januar 1907.*

Ein Araber suchte wegen einer Geschwulst, die ihm aus dem Munde herauskam und die Nahrungsaufnahme im höchsten Grade erschwerte, das Krankenhaus auf. Der Tumor — 22 cm lang und 6 cm breit — inserirte mittels eines Stiels von der doppelten Dicke eines Daumens. Vor einigen Monaten trat der Tumor während eines Erstickungsanfalles aus dem Munde heraus; seit wann er das Vorhandensein der Geschwulst fühlte, kann Pat. nicht sagen. Pat. kann sich nur sehr schwer ernähren, ist in Folge dessen sehr schwach, die Athmung ist behindert, die Phonation unmöglich. Nach vorangegangener Tracheotomie wird der Stiel so gut wie möglich unterbunden und der Tumor mit einem Scheerenschlag abgeschnitten. Um den Stiel zu bekommen, wird der Schildknorpel und die Membrana thyreo-hyoidea durchtrennt. Pat. geht 21 Tage nach der Operation an Schwäche und Inanition zu Grunde. Der Tumor war ein Fibrom mit sarkomatösen Stellen.

A. CARTAZ.

87) **Charles W. Richardson. Ein Fall von multiplen recidivirenden Papillomen des Kehlkopfs. (A case of multiple recurring papillomata of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Largngology. December 1906.*

Verf. theilt den Fall als besonders interessant wegen der excessiven Neubildung von Geschwülsten mit. Er bespricht besonders eingehend die mikroskopische Diagnose.

EMIL MAYER.

88) **Cisneros** (Madrid). **Indicationen und Werth der chirurgischen Behandlung der malignen Kehlkopftumoren. (Valor e indicaciones del tratamiento quirurgico de los tumores malignos de la laringe.)** *Rede zur Reception in die Königliche Academie für Medicin in Madrid. November 1906.*

In dieser sehr interessanten Arbeit legt Verf. die Ergebnisse seiner persönlichen Erfahrung nieder.

TAPIA.

89) **Sir Felix Semon. Einige Punkte in der Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses. (Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal cancer.)** *British Medical Journal. I. p. 241. 1907.*

Vorliegende Arbeit stellt einen Vortrag dar, der am 28. Januar zur Einleitung einer Discussion über das Thema vor der Medical Society of London gehalten wurde. Verf. betont die grossen Fortschritte, die hinsichtlich der Diagnose des Larynxkrebses seit Paul von Bruns gemacht worden sind; mehr noch als auf die verbesserte chirurgische Technik führt er auf jene den grossen Erfolg der frühzeitigen operativen Behandlung zurück. Er macht darauf aufmerksam, dass seine Anschauung über die Unbeweglichkeit des Stimmbandes als Zeichen für maligne Erkrankung zu Missverständnissen geführt zu haben scheint: die Regel lautet, dass Fehlen der Unbeweglichkeit keineswegs die Möglichkeit einer malignen Erkrankung ausschliesst, dass dagegen ihr Vorhandensein, wenn die Unbeweglichkeit nicht gerade mechanisch dadurch bedingt ist, dass die Geschwulst sich in die Glottis einklemmt, fast pathognomonische Bedeutung hat. Verf. lässt sich dann ausführlich über den Werth der mikroskopischen Untersuchung endolaryngeal entfernter Stücke aus, wobei er Bezug nimmt auf die von Chevalier Jackson in der Versammlung der British medical Association gemachten Ausführungen. Eingehend bespricht er dann die verschiedenen Operationsmethoden, besonders die Thyreotomie und theilt die folgenden Erfahrungen seiner eigenen Praxis mit: Vom 10. October 1878 bis 31. December 1906 hatte er 212 Fälle von maligner Erkrankung des Kehlkopfs; von diesen waren 136 solche, bei denen sich die Erkrankung auf das Larynxinnere beschränkte, während in 76 sie die äussere Umwandung des Larynx betraf oder beide Formen gemischt waren. Von den Patienten waren 177 männliche und nur 35 weibliche. Von letzteren war nur bei 12 Fällen das Carcinom ein solches des Larynxinneren, die übrigen 23 betrafen die äusseren Theile des Larynx. Was das Alter betrifft, so hat S. keinen Fall unter 30 Jahren gesehen; in den letzten 12 Jahren hat er mehr Fälle zwischen dem 60. und 70. Lebensjahre als zwischen dem 50. und 60. in Behandlung gehabt.

Obwohl die Zahl der Fälle mit Carcinom des Larynxinnern 136 betrug, hat S. die Thyreotomie, die nach ihm die für diese Kategorie geeignetste Operationsmethode darstellt, nur in 33 Fällen ausgeführt. Er sagt, man dürfe aus diesen Zahlen keinen Schluss ziehen auf die Zahl der Fälle, in denen diese Operationsmethode anwendbar ist. Seiner Ansicht nach eignet sich die Thyreotomie für alle Fälle von Carcinom, in denen die Erkrankung noch auf das Kehlkopfinnere beschränkt ist, nicht nach aussen geht, nicht zu nahe an die Hinterwand heranreicht, noch nicht die Kehlkopfknorpel infiltrirt hat, und solange sie nicht durch den Allgemeinzustand des Patienten contraindicirt wird. Er hat mit Erfolg ope-

rirt bei 9 Männern im Alter von 60 bis 70 Jahren, bei 3 über 70 Jahren und sein letzter Fall betraf einen 75jährigen Herrn, der 9 Tage nach der Thyreotomie im besten Wohlsein nach Hause reiste. Unter den 34 Thyreotomien waren 8, bei denen die Diagnose sich als falsch oder zweifelhaft erwies und zwar stellte es sich zweimal heraus, dass Tuberculose vorlag, während es sich dreimal um eine infectiöse Entzündung handelte. In zwei Fällen blieb die Diagnose unentschieden zwischen Fibrosarkom und gutartiger Geschwulst; in einem Fall ist noch die Frage offen, ob die Geschwulst ein Epitheliom oder Papillom ist und in einem anderen hat die weitere Entwickelung gezeigt, dass es sich um ein harmloses Papillom gehandelt hat. Von den 34 Fällen endeten 3 (8,8 pCt.) tödtlich. Von den 25 Patienten, bei denen die mikroskopische Untersuchung die Diagnose Carcinom zweifellos festgestellt hatte, starb einer. In vier Fällen trat ein Recidiv ein; in einem dieser Fälle ging der Patient 5 Jahre nach der Thyreotomie an Lebercarcinom zu Grunde; der Larynx und die Cervicaldrüsen erwiesen sich als frei. Es bleiben also nur 3 Fälle, in denen ein locales Recidiv auftrat. Scheidet man die beiden für die Statistik nicht in Betracht kommenden Fälle aus, so bleibt ein Procentsatz von 13,6 pCt. Verf. steht auf dem Standpunkte, dass, wenn nach 3 Jahren kein Recidiv aufgetreten ist, der Fall als geheilt betrachtet werden kann. Angesichts der günstigen Stellung, die den Carcinomen des Kehlkopfinnern zukommt, könne man sagen, dass bereits nach einem Jahre die kritische Periode vorüber ist. Verf. verfügt über 20 Fälle, d. i. 80 pCt., mit Dauerheilung und zwar ist der jüngste 1 Jahr 10 Monate, der älteste 15 Jahre alt. Die Stimme ist überraschend gut in 11 Fällen, gut in 5, schwach oder flüsternd in 4.

In der diesem Vortrag folgenden Discussion erklärte sich Butlin mit dem Redner hinsichtlich des Werthes der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal excidirter Stückchen einverstanden. Er hat von diesem Vorgehen niemals irgend welchen Nachtheil gesehen. Die Anschauung, man solle das operative Verfahren fast nur auf die Fälle beschränken, in denen die Erkrankung nicht über das Kehlkopfinnere hinausgeht, habe den Nachtheil, dass bisweilen eine zu kleine Operation ausgeführt werde, wo ein radicaleres Verfahren nothwendig sei. Er hat 23 Thyreotomien mit nur einem Todesfall ausgeführt. Angesichts der grossen Zahl erfolgreicher Operationen, über die Gluck verfügt, hat Butlin in den letzten 2 Jahren 5 Totalexstirpationen gemacht und ist mit den Erfolgen zufrieden. Das Vorgehen von Solis Cohen, wonach die Trachea an die Haut fixirt wird, macht die Operation weniger gefährlich als früher.

Shattock: Die positive histologische Diagnose des Carcinoms bietet selten Schwierigkeiten; es kommt nur darauf an, ob das endolaryngeal entfernte Gewebsstück etwas von dem malignen Tumor enthält. Die Diagnose wird schwierig oder unmöglich, wenn in einem Papillom eine carcinomatöse Veränderung Platz gegriffen hat. Er hält die Gefahr einer localen Inoculation für vorliegend, wenn das intralaryngeale Instrument nach Durchschneidung des Tumors das gesunde Gewebe passirt. Die Gefahr ist bedeutungslos, wenn nach der Probeexcision eine radicale Operation ausgeführt wird.

JAMES DONELAN.

90) **Charles W. Richardson. Kehlkopfkrebs. (Carcinoma of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Pat. starb am 5. Tage nach der Operation an Collaps. EMIL MAYER.

91) **Capart jr. Kehlkopfkrebse. (Cancers du larynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 49. 1906.*

In der Sitzung der anatomo-patholog. Gesellschaft zu Brüssel am 23. November 1906 stellt C. drei operativ entfernte Kehlkopfkrebse vor. 1. Ein Epithelioma, welches sich auf Kosten der Schleimhaut der vorderen Partie des rechten Stimmbandes entwickelt hatte. Totale Laryngectomie. Zustand befriedigend nach einem Jahr. 2. Bei einem 65jährigen Manne Tumor eines Stimmbandes von grösserem Umfange, als man bei der laryngoskopischen Untersuchung erwartet hätte; Thyreotomie mit kurz darauf folgendem Tode. 3. Mann von 50 Jahren mit ausgedehntem Larynxtumor von perlmutterweisser Farbe mit charakteristischem Aussehen, bei welchem die histologische Untersuchung ein typisches Epitheliom ergab. Operation; schwere Complicationen; Heilung seit 2 Jahren.

C. constatirt, dass bei dem Kehlkopfepitheliom die allgemeine Drüseninfection langsam vor sich geht und dass gewöhnlich nur eine im Operationsfelde gelegene Lymphdrüse ergriffen sei; dieselbe wurde bei dem operativen Eingriff entfernt. PARMENTIER.

92) **Sargnon** (Lyon). **Fremdkörper des Larynx. (Corps étranger du larynx.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 13. Juni 1906.*

Es handelte sich um einen 6 cm langen Hühnerknochen, der hinter und etwas über den Aryknorpeln eingekeilt war. Die Extraction unter Leitung des Kehlkopfspiegels gelang leicht. PAUL RAUGÉ.

93) **L. D. Brose. Fremdkörper im Larynx und Tracheobronchialrohr. (Foreign bodies in the larynx and tracheobronchial tract.)** *Medical Fortnightly. 25. December 1906.*

Die Mittheilungen des Verf.'s zeigen, dass die von ihm angewandten Methoden veraltet sind. EMIL MAYER.

94) **Villar Urbano** (Malaga). **Fremdkörper des Kehlkopfs. (Cuerpo extrano de la laringe.)** *Revista de especialida des medicas. November 1906.*

Eilige Tracheotomie; am nächsten Tage Extraction des Fremdkörpers — eines Messingstückes — durch die Trachealwunde. Heilung. TAPIA.

95) **Canépele. Ueber Fremdkörper des Kehlkopfs. (Intorno ai corpi estranei del laringe.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio della gola e del naso. No. IV. 1907.*

Verf. bespricht zunächst die Diagnose der Fremdkörper mittels Laryngoskopie, äusserer Palpation, Auscultation, Radioskopie, directer Laryngoskopie, Digitalexploration und besonders ausführlich die letztere, deren Werth er an der Hand zweier Fälle aus seiner Praxis erläutert.

Im ersten Fall handelt es sich um ein 3 Monate altes Kind, das einen goldenen Ohrring aspirirt hatte. Die Symptome bestanden nur in leichter Heiserkeit

und einem kaum wahrnehmbaren Geräusch, das die Athmung begleitete. Die laryngoskopische Untersuchung gelang nicht, dagegen fühlte Verf. im Kehlkopf einen harten Körper. Unter Führung des linken Zeigefingers führte er dann eine Zange in den Kehlkopf und extrahirte so den Fremdkörper. Heilung.

Im zweiten Falle bekam ein 9 Monate altes Kind beim Spielen plötzlich so schwere Suffocationsanfälle, dass Tracheotomie gemacht werden musste. Jeder Versuch, durch zeitweisen Verschluss der Canüle die natürliche Athmung wiederherzustellen, misslang. Die Radioskopie gab kein Resultat. Mittels der Digitalexploration wurde ein Fremdkörper gefühlt. Es wurde die Laryngofissur gemacht und ein Knochenstück von einem Hühnerkopf extrahirt. Heilung.

Verf. befürwortet warm die Laryngofissur als das geeignetste Verfahren bei Fremdkörpern im kindlichen Kehlkopf.

FINDER.

96) **Eugenio Pitruzella. Ueber die Veränderungen im Respirationstract (Trachea, Bronchien, Lungen) nach Eindringen von Fremdkörpern in den Kehlkopf.) (Sulle alterazioni dell'albero respiratorio [trachea, bronchi, polmoni] consecutive alla penetrazione dei corpi estranei in laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1907.*

Verf. berichtet zunächst kurz über 13 Fremdkörperfälle aus Massei's Praxis, giebt dann einen Ueberblick über die Literatur und theilt die Ergebnisse seiner Experimente, die er an Kaninchen angestellt hat, mit. Aus diesen sei nur erwähnt, dass häufig entzündliche und geschwürige Processe in der den Fremdkörper umgebenden Schleimhaut beobachtet wurden, aus denen erstlich Schwellung der Gewebe, in zweiter Linie narbige Verengerungen hervorgehen. Die häufigste Begleiterscheinung seitens der Lungen ist Emphysem in Folge Zerreissung der intra-alveolären Septa; es können auch ziemlich beträchtliche peumonische Herde auftreten.

FINDER.

97) **Font de Boter** (Barcelona). **Stück von einer Prothese des Gaumens aspirirt und in der Glottis festgehalten. (Pieza protesica del paladas aspirada y detenida en la glottis.)** *Rev. Barcelonesa di laringologia. No. 7.*

Extraction per vias naturales. Heilung.

TAPIA.

98) **A. Coodlidge jr. Fremdkörper in der Trachea und Tracheoskopie. (Foreign bodies in the trachea and tracheoscopy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906.

EMIL MAYER.

99) **Texier. Zwei Beobachtungen über Fremdkörper der Trachea und des Eingangs in den rechten Bronchus. Extraction des einen mittels der Bronchoscopia inferior. (Deux observations de corps étrangers de la trachée et de l'ouverture de la bronche droite. Extraction de l'un d'eux à la l'aide de la bronchoscopie inférieure.)** *Gaz. méd. de Nantes. 26. Januar 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt.

A. CARTAZ.

100) **Tapia** (Madrid). **Blutegel in der Trachea; Extraction mittels der directen Tracheoskopie. (Sanguiguela adherida a la traquea. Extraccion por medio de la traqueoscopia directa.)** *Siglo Medico. 16. März 1907.*

Der Blutegel sass fest an der Bifurcation; er verursachte Husten, Hämoptoe und Erstickungsanfälle und wurde leicht durch das Trachealrohr extrahirt.

TAPIA.

101) **P. Th. L. Kan. Ein kleiner Kieselstein im linken oberen Bronchus mittels Bronchoscopia inferior entfernt. (Een kiezelsteentje in den linker bonenkwabsbronchus, geëxtraheerd met behulp van bronchoscopia inferior.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 612. 1906.*

Ein 3jähriges Kind hatte am Tage vorher ein Steinchen verschluckt; seitdem Erstickungsanfälle. Ueber dem linken oberen Lungenlappen ist das Athemgeräusch nahezu aufgehoben. Röntgenuntersuchung ergab keine Abweichung. Nach Tracheotomie konnte $5^1/_2$ cm unter dem unteren Rande der Trachealwunde mit der Sonde der harte Fremdkörper gefühlt werden. Die kleinste und dünnste Killian'sche Bronchoskopieröhre gelang nur mühsam bis an die Bifurcation vorzuschieben. Das Gesichtsfeld war durch einen vorgeschobenen Schleimhautwulst sehr eingeschränkt; der Fremdkörper war nicht zu sehen. Es gelang dagegen, ein sehr schlankes Exemplar des Hartmann'schen Nasenspeculums ungefähr $3^1/_2$ cm tief einzuführen und durch dasselbe den Fremdkörper zu sehen, welcher das Lumen des linken Bronchus zu verstopfen schien. Allein es konnte eine Sonde mit abgebogenem Kopf am Fremdkörper entlang geführt und derselbe damit extrahirt werden. Trachealcanüle. Am nächsten Tage schwere Dyspnoe, welche durch die instrumentelle Entfernung trockener Schleimmassen behoben wurde. Dann schnelle Heilung.

H. BURGER.

102) **Walker Schell. Fremdkörper in den Bronchien. (Foreign body in the bronchi.)** *Central State Medical Monitor. Februar 1907.*

Zwei Jahre altes Kind. Der Specialist, der das Kind zuerst sah, leugnete das Vorhandensein eines Fremdkörpers und operirte wegen adenoider Vegetationen und hypertrophischer Tonsillen. Fünf Wochen später trat Bronchopneumonie auf; das Kind starb auf dem Operationstisch.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Knochen, den ein 22 Monate altes Kind aspirirt hatte; es wurde sofort die Tracheotomie gemacht. Der Fremdkörper wurde während eines Hustenanfalls zu Tage gebracht.

EMIL MAYER.

103) **Van Swieten. Fremdkörperentfernung aus dem Bronchus vermittels Tracheotomie. (Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie.)** *Annales de l'Institut Chirg. No. 11. 1906.*

Ein Mädchen von 11 Jahren hatte einen kleinen Ballon mit einem hölzernen Pfeifchen verschluckt resp. aspirirt. Erstickungsanfälle, welche sich beruhigten. Bei Vornahme der Radioskopie neuer Erstickungsanfall, welcher die sofortige Vornahme der Tracheotomie erheischte; tiefe Tracheotomie; bei Reizung der Trachealschleimhaut Hustenstoss, welcher zuerst den Goldschlägerhäutchenballon zum

Vorschein brachte und kurz darauf das Pfeifchen, welches bei der Respiration von unten nach oben geschleudert wurde. Entfernung.

BAYER.

104) **Hamaïde** (Brüssel). **Larynxstenose nach Intubation. (Sténose laryngée après intubation.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 8. p. 350. 1906.*

Mittheilung auf der Jahresversammlung der Belgischen oto-rhino-laryngol. Gesellschaft am 10. Juni 1906, über welche seiner Zeit ausführlich berichtet wurde.

PARMENTIER.

105) **E. Wasteels. Neue Verwendung meiner Tamponcanüle für den Kehlkopf. (Nouvelle application de ma canule-tampon pour le larynx.)** *La Clinique. No. 41. 1906.*

Die von W. im vorigen Jahre beschriebene Canüle kann zur Regulirung der Narkose und Respiration in Fällen von Eröffnung des Thorax verwendet werden. Bei mit Broeckaert angestellten Experimenten erzielte er vermittels der Münsch-schen Trompete (?) und des Wasserstrahlgebläses eine ganz regelrechte Athmung bei einem Hunde, bei welchem die Brusthöhle eröffnet und ein Theil des Oesophagus und der Lunge entfernt worden war. Der betreffende Hund ist wieder vollständig hergestellt, ohne Zeichen von Lungencollaps dargeboten zu haben.

BAYER.

106) **Botey** (Barcelona). **Ein neuer Radiumträger für den Kehlkopf. (Un nuovo porta-radium para la laringe.)** *Archivos de rinologia. No. 142.*

Ein Silberstiel, an dessen Ende eine das Radium enthaltende Kugel angebracht ist. Verf. berichtet über einen Fall von Epithelverdickung an dem einen Stimmband, die fast völlig durch 13 Sitzungen — jede zu 8 Minuten Dauer — zum Verschwinden gebracht wurde.

TAPIA.

107) **Victor Lange** (Kopenhagen). **Eine neue Kehlkopfzange.** *Mit 1 Abbildung. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1906.*

Modification der Schmidt'schen Kehlkopf-Polypenzange mit verschiedenen Ansätzen. Das Instrument ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

f. Schilddrüse.

108) **Leopold Levi** und **H. de Rothschild. Oregene Function der Schilddrüse. (Fonction orégène du corps thyroide.)** *Société de Biologie. 16. Februar.*

Verff. beschreiben einige Wirkungen, die sie nach Injection von Schilddrüsensubstanz haben auftreten sehen und führen sie auf eine „oregogene" Function dieser, das heisst, eine excitirende Wirkung auf die verschiedenen Appetite — zur Ernährung, zur Bethätigung des Sexualtriebes etc. — zurück.

GONTIER de la ROCHE.

109) **John E. Weeks. Die Beziehung zwischen Schilddrüse und Auge. (The relation between the thyroid and the eye.)** *Pennsylvania Medical Journal. December 1906.*

Die Beziehungen beider Organe zu einander werden unter folgenden Ge-

sichtspunkten betrachtet: 1. Veränderungen des Auges in Folge Druck durch Vergrösserungen der Schilddrüse. 2. Veränderungen des Auges in Folge localer Metastasen maligner Schilddrüsentumoren (sehr selten!). 3. Veränderungen des Auges gleichzeitig mit oder in Folge von Fehlen der Schilddrüse. 4. Veränderungen des Auges in Folge compensatorischer Hypertrophie der Hypophysis. 5. Zustand des Auges in Verbindung mit Kropf (Morbus Basedow). 6. Veränderungen des Auges bei einigen Formen von Hyperthyreose. EMIL MAYER.

110) Theodor J. Elberich. **Eintheilung der Krankheiten der Schilddrüse; therapeutischer Gebrauch und Missbrauch der Schilddrüse. (Classification of the diseases of the thyroid gland; therapeutic uses and abuses of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1906. Pennsylvania Medical Journal. December 1906.*

Verf. theilt die Erkrankungen der Schilddrüse folgendermaassen ein: Congestion, Entzündung (Thyreoiditis), Neubildungen, einfache Hypertrophie (Kropf), Morbus Basedow, Cretinismus und Myxödem. Die Resultate der Organotherapie waren besonders auffallend bei Myxödem in seinen verschiedenen Formen und bei Cretinismus. Contraindicationen gegen die Anwendung von Schilddrüsenpräparaten sind: Schwäche der Herzthätigkeit, Albuminurie und Glykosurie. Auch sollte gleichzeitige Tuberculose oder Verdacht auf schwere Nieren- oder Lebererkrankung beim Verordnen der Präparate vorsichtig machen. LEFFERTS.

111) George P. Müller. **Die Pathologie der Schilddrüsenerkrankungen. (The pathology of diseases of the thyroid gland.)** *The Pennsylvania Medical Journal. December 1906.*

In typischen Fällen von Basedow'scher Krankheit zeigt die Schilddrüse ausgesprochene Structurveränderungen, die kurz folgende sind: Umwandlung des Epithels von plattem oder kubischem zu hohem cylindrischen Epithel; allmäliges Verschwinden des Colloid, was eines der frühesten Symptome beginnender Hypertrophie ist; Veränderungen in Grösse und Form der Alveolen in Folge der Hyperplasie und Einfaltung des Epithels; Vermehrung der Gefässe und des Bindegewebsstromas. Diese Veränderungen können insgesammt oder zum Theil auch nur in Theilen der Drüse und nicht im Ganzen bestehen. Diese Fälle sind gewöhnlich weniger schwer und haben einen länger dauernden Verlauf. Mac Callum konnte in 9 Fällen niemals Veränderungen an den Parathyroiddrüsen finden.

EMIL MAYER.

112) George E. Bellby. **Klinische Symptome und operative Behandlung der Schilddrüsenaffectionen. (Clinical features and operative treatment of thyroid affections.)** *N. Y. Medical Record. 2. Februar 1907.*

Die Arbeit giebt eine Eintheilung der Schilddrüsenkrankheiten, ihrer Symptome und Diagnose. Es werden Fälle mitgetheilt und die operative Behandlung besprochen mit besonderer Berücksichtigung der Basedow'schen Krankheit.

LEFFERTS.

113) **Wallace J. Ferry. Operationen an der Schilddrüse. (Operations on the thyroid gland.)** *California State Journal of Medicine. Februar 1907.*

Verf. richtet sich in der Technik nach den Vorschriften Kocher's; er wendet mit seltenen Ausnahmen nur locale Anästhesie an, und zwar erstlich weil bei allgemeiner Narkose die Gefahr, den Recurrens zu verletzen, grösser ist, während bei localer Anästhesie jede Verletzung des Nerven leicht erkannt werden und ihr so bei Zeiten Einhalt gethan werden kann. Ferner ist bei allgemeiner Narkose die Gefahr schwerer Hämorrhagie grösser. EMIL MAYER.

114) **H. C. Chapman. Behandlung des Kropfes. (Treatment of goitre.)** *St. Louis Courier of Medicine. Februar 1907.*

Elektricität und mechanische Vibration wurden in 4 Fällen angewandt. Im ersten Falle keine, im zweiten geringe Besserung. Im dritten Falle drei Jahre lang anhaltende Heilung, im vierten Fall Nachlassen aller Symptome, aber Bestehenbleiben des Kropfes. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

115) **H. K. Mulder** (Leeuwarden). **Ein Fall von congenitaler Speisenröhrenatresie und Atresia ani urethralis. (Een geval van congenitale atresia oesophagi en atresia ani urethralis.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 484. 1907.*

Ein seltener Fall congenitaler Abschliessung an beiden Endungen des Magendarmtractus, mit an beiden Enden abnormer Verbindung mit Nachbarorganen. Das Kind nahm nichts zu sich; beim Erbrechen kam schäumende Flüssigkeit aus Mund und Nase heraus. Keine Analöffnung. Bei der Operation wird das blinde Ende des Rectum gefunden und Rectalschleimhaut an Haut vernäht. Tod am 6. Lebenstage. Bei der Obduction wird ein kurzer, weiter Verbindungsgang zwischen Rectum und Urethra gefunden. Es stellt sich weiter heraus, dass die Speiseröhre aus zwei Theilen besteht, einem oberen, fingerdicken, als Blindsack endenden, und einem unteren, schmächtigen, unmittelbar oberhalb der Bifurcation in die Trachea mündenden, sich aber in der hinteren Trachealwand nach oben fortsetzenden und in die hintere Larynxwand ganz fein endenden Theil. Beide Theile sind durch eine dünne Schnur mit einander verbunden. H. BURGER.

116) **Yaque** (Madrid). **Werth der Oesophagoskopie. (Valor de la esophagoscopia.)** *Siglo Medico. 13. October 1906.*

Auf Grund einer in der Klinik von Tapia gemachten Erfahrung empfiehlt Verf. die Oesophagoskopie als das ideale Verfahren zur Extraction der Fremdkörper und als sehr werthvoll zur Diagnose der anderen Affectionen. Er erwähnt einen Fall, in dem alle klinischen Symptome für eine Narbenstenose der Cardia sprachen und Tapia einen ulcerirten Tumor fand; bei der Gastrotomie fand man den Tumor an der kleinen Curvatur sitzend und die Cardia ausfüllend. TAPIA.

117) **Duchesne** (Lüttich). **Chirurgische Behandlung der Oesophagusverengerungen. (Traitement chirurgical des rétrecissements de l'oesophage.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 7. p. 293. 1906.*

Siehe Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-rhino-laryngol. Gesellschaft vom 10. Juni 1906. PARMENTIER.

118) **Maffei. Oesophagusverengerung und Pleurotomie. Beitrag zum Studium der Gastroösophagostomie auf pleuralem und transdiaphragmalem Wege. (Rétrecissement de l'oesophage et pleurotomie. Contribution à l'étude de la gastro-oesophagotomie par voie pleurale et transdiaphragmatique.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1906.*

M. macht Mittheilung von 2 Fällen von Oesophagusstenosen in Folge von Verschlucken caustischer Flüssigkeiten, bei welchen mit Erfolg die Pleurotomie zur Lostrennung des Oesophagus von pleuro-ösophagealen Adhärenzen vorgenommen wurde.

BAYER.

119) **F. B. Harrington. Maligner Oesophagustumor und Demonstration der Fütterungsmethode nach der Operation. (Malignant tumor of the oesophagus and demonstration of the methods of feeding after resection.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 7. Februar 1907.*

Nach der Operation war 14 Monate lang kein Recidiv zu constatiren. Pat. füttert sich selbst, indem sie ein Gummirohr in den Oesophagus einführt und mittelst einer Glasspritze flüssige und halbflüssige Nahrung einspritzt. Keine Indigestionsbeschwerden.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) X. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Mailand, September 1906.

G. Prota (Neapel): Ueber die Veränderungen des Krause'schen Centrums in Folge Zerstörung eines Stimmbandes.

Nach Erwähnung der hauptsächlichsten anatomischen und physiologischen Experimente, die von verschiedenen Autoren angestellt worden sind, um den Einfluss des Krause'schen Centrums auf die Phonation zu bestimmen und aus denen hervorgeht, dass diesem Centrum eine bilaterale Wirkung auf die Glottis zukommt, geht P. an die Beschreibung seiner Untersuchungen.

Er hat beim Hunde ein Stimmband zerstört und hat dann, nachdem der Hund noch einige Monate gelebt hatte, dieVeränderungen in den beiden corticophonatorischen Centren studirt. Nachdem er den Hund chloroformirt hatte, machte er nach vorausgeschickter Tracheotomie die Laryngofissur. Die beiden Schildknorpelplatten wurden auseinandergezogen und dann mit einer gekrümmten Scheere das ganze rechte Stimmband exstirpirt; die Schnittfläche wurde, um einer Blutung vorzubeugen, mit dem Galvanokauter gebrannt. Sodann Naht der Schildknorpel und Weichtheile; die Canüle wurde in situ gelassen. Nach 8 Tagen wurde die Canüle entfernt und er liess die Tracheotomiewunde zugranuliren.

Die Centren wurden nach der Golgi'schen und Nissl'schen Methode untersucht. In den nach Nissl gemachten Präparaten fanden sich Veränderungen des Zellprotoplasmas, Bildung von Vacuolen oder völlige Zerstörung des Protoplasmas

an einigen Stellen. Der Kern war fast immer erhalten. In den Golgipräparaten fanden sich längs der Zellfortsätze zahlreiche Varicositäten und Continuitätstrennungen im Verlauf derselben. Die Veränderungen fanden sich in beiden cortico-phonatorischen Centren in gleichem Grade, sowohl auf der rechten — operirten — Seite, wie auf der linken. Daraus lässt sich folgern, dass jedes Krause'sche Centrum bilaterale Wirkung auf die Glottis hat, d. h. die Leitungswege müssen gekreuzt und direct sein.

G. Gavello: Die chirurgische Behandlung der chronischen Oberkieferhöhlenempyeme auf nasalem Wege.

Verf. berichtet über vier weitere nach der Methode von Claoué und Réthi mit günstigem Erfolg behandelte Fälle. Er hebt die Vortheile dieser Methode und die Vereinfachung der Technik durch den von ihm angegebenen Troikart-Dilatator hervor.

Ignazio Dionisio: Photo- und Radiotherapie bei Ozaena, chronischen Ohreiterungen und chronischen Pharyngitiden.

D. berichtet über 54 mittels Photo- und Radiotherapie behandelte Fälle und bespricht dann die günstigen mittels derselben Methode bei trocknen und chronischen katarrhalischen Pharyngitiden erzielten Resultate.

G. Strazza: Extraction eines Fremdkörpers aus dem Tracheobronchialweg eines Kindes.

Es handelte sich um ein 5jähriges Kind mit multiplen Kehlkopfpapillomen. Beim Versuch der endolaryngealen Entfernung löste sich von dem Schrötterschen Instrument die Zange und fiel in die Trachea. Es traten weder Husten noch Erstickungsanfälle auf, so dass man ursprünglich vermuthete, der Fremdkörper sitze in der Speiseröhre. Nach ungefähr einem Monat kam, ohne dass das Kind irgendwelche Anzeichen von Unbehagen gegeben hatte, der eine Zangenlöffel per os zu Lage. Mittels der Radioskopie konnte man jetzt die Lage des anderen Löffels feststellen und es wurde nun die Extraction mittels der Tracheoskopie versucht. Nachdem das Leitrohr eingeführt war, erhielten beim Einführen des tracheoskopischen Rohrs in Folge eines Contacts sowohl Patient wie Operateur einen derartig heftigen elektrischen Schlag, dass sie beide in einen sehr unangenehmen Zustand kamen. Das Kind, das Symptome von Aphyxie zeigte, wurde schnell intubirt und die Tracheotomia inferior gemacht. Danach war die Extraction sehr leicht.

Strazza: Ueber einen Fall von schwerer subglottischer Stenose in Folge amyloider Infiltration.

Ein 50jähriger Mann wurde in das Ospedale Galliera mit schweren Erscheinungen von Stenose der Luftwege aufgenommen; die Stenose hatte sich langsam an eine Influenza angeschlossen. Die laryngoskopische Untersuchung ergab eine erhebliche Stenose des subglottischen Raumes in Folge diffuser Infiltration der ganzen Schleimhaut. Da keine imminente Gefahr vorlag, verschob man die Tracheotomie auf den nächsten Morgen. In der Nacht starb der Patient ganz

plötzlich. Bei der Autopsie fand sich nur eine kolossale gleichmässige Hyperplasie der Ringknorpelregion und der obersten Trachealringe. Eine histologische Untersuchung des die Stenose bewirkenden Gewebes ergab, dass es sich um einen Process in den tieferen Schichten der Mucosa handelte, der eine intensive amyloide Infiltration im Gefolge hatte, durch welche die Anschwellung zum grossen Theil gebildet wurde. Die oberflächlichen Schichten der Mucosa waren normal, nur die Elemente, aus denen sich die Drüsen zusammensetzen, befinden sich in ausgesprochener Nekrobiose in Folge der durch die amyloiden Massen ausgeübten Compression.

C. Poli (Genua): Beitrag zum histologischen Studium der Nasenpapillome.

P. weist auf die Analogie der Nasenpapillome mit analogen Gebilden in anderen Regionen — Blase, Rectum — hin. Er legt das Hauptgewicht auf die pflasterartige Anordnung der Epithelien mit Tendenz zur Verhornung der oberflächlichen und activer Proliferation der tieferen Schichten. Aus letzterer Eigenschaft resultirt die Bildung von Zapfen in dem darunterliegenden Stroma und allmälig der papilläre Charakter, den die Neubildung annimmt. Vom klinischen Gesichtspunkt aus kann man den Tumor einen gutartigen nennen, solange sich der Epithel constant typisch erhält, ohne regellos in das bindegewebige Stroma hineinzuwachsen. Redner zeigt an zwei Fällen seiner Beobachtung, wie in dem einen der Tumor seinen gutartigen klinischen Charakter behielt, während er in dem andern allmälig die typischen Charaktere eines Carcinoms annahm. Ohne für den letzteren Fall die Möglichkeit einer wahren Transformation eines gutartigen Tumors in einen bösartigen auszuschliessen, tritt P. der Anschauung derjenigen bei, die in diesen Fällen annehmen, dass die Tumoren schon von Anfang an in sich die Keime einer atypischen Neubildung tragen, die unter Bedingungen, die uns unbekannt sind, zur Entwicklung gelangen.

Santi Pusateri (Turin): Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Fremdkörper in den Nasenhöhlen.

Redner hat sich in einer ersten Reihe von Experimenten damit beschäftigt, festzustellen, wie sich sterile Fremdkörper (Wattestückchen etc.) in der Nase der Versuchsthiere (Hunde, Kaninchen) verhalten. Er constatirte, dass durch den Druck des Fremdkörpers Atrophie des Knochengewebes, Nekrose des knöchernen und knorpligen Skeletts mit Neubildung von Bindegewebe, Deviation des knorpligen Septums nach der entgegengesetzten Seite und sehr häufig Nekrose desselben mit Perforation eintreten kann. Die Nasenhöhle weitet sich also, um den Fremdkörper in ihrem Innern bequem zu beherbergen. Die Schleimhaut der Nase geräth in Entzündung und bereits nach 2 Monaten erscheint sie verdickt mit Bildung von Cysten in Folge Retention des Drüsensecrets und bedeckt mit vielschichtigem Cylinderepithel, dessen oberflächliche Elemente einen becherartigen Charakter annehmen. Bereits in den ersten Tagen kann Eiterung eintreten; diese zeigt gegen den dritten Monat die Tendenz, zu verschwinden, das in der Nasenhöhle stagnirende Secret dickt sich ein und es resultirt daraus ein Bild, ähnlich der Rhinitis caseosa, die wir für eine Begleiterscheinung entzündlicher Vor-

gänge der Nasenschleimhaut halten müssen. Bisweilen kann eine ascendirende Infection der Schädelhöhle durch die Lamina cribrosa des Siebbeins hindurch stattfinden. Bisweilen kann der Fremdkörper, nachdem er die Schleimhaut nekrotisirt hat, von neugebildetem Bindegewebe umschlossen werden, so wie es bei Fremdkörpern im Parenchym thierischer Gewebe geschieht.

Redner hat ferner studirt, was für locale und allgemeine Störungen durch inficirte Fremdkörper hervorgerufen werden und zwar hat er mit dem Streptococcus pyogenes und mit dem Tuberkelbacillus, mit Fremdkörpern, die im Moment ihres Eindringens eine Continuitätstrennung der Schleimhaut bewirken und solchen, die dies nicht thun, experimentirt und ist zu folgenden Resultaten gelangt:

Ein mit Streptococcus pyogen. aureus inficirter Fremdkörper schafft in der Schleimhaut der Nase Bedingungen, die das locale Wachsthum des Mikroorganismus erleichtern und bisweilen Allgemeininfection und Tod zur Folge haben. Der Friedländer'sche Bacillus gedeiht, wenn er im Verlauf dieser Experimente mit der Nasenschleimhaut des Kaninchens in Contact gebracht wird, auf keine Weise. Der Diphtheriebacillus kann, gleichgültig ob der eindringende Fremdkörper die Schleimhaut verletzt oder nicht, am vierten Tage die Bildung einer Pseudomembran bewirken; er kann den Tod des Versuchsthieres bewirken. Der virulente Tuberkelbacillus giebt fast constant (92 pCt. der Fälle) Anlass zu einer localen specifischen Läsion; am 40. Tage erfolgt Infection der Halsdrüsen. Ist die Läsion durch einen Tuberkelbacillus von sehr abgeschwächter Virulenz bewirkt, so kann gegen den 80. Tag Heilung eintreten.

Egidi (Rom): Fälle von Fremdkörpern des Pharynx und Larynx.

Redner berichtet über folgende beiden Fälle:

Im ersten Fall war beim Essen einer Suppe ein Knochenstückchen im Pharynx stecken geblieben; es trat schwere Dysphagie, Fieber über 40°, eine Anschwellung an der rechten Halsseite, die nach einigen Tagen sich über die ganze laterale Halsregion ausbreitete, auf. Es wurde nun längs des M. sternocleidomastoideus in die Tiefe gegangen, wobei sich etwas Eiter entleerte. Als man den Finger in die Wunde einführte, stiess man auf einen eingekeilten Fremdkörper, der sich nur schwer mit einer Zange entfernen liess; es war der 2 qcm im Durchmesser messende Knochen. Das Fieber blieb hoch, es traten Schüttelfröste auf und nach 36 Stunden ging Patient an schwerster Septikämie zu Grunde.

Im zweiten Fall spürte ein 58jähriger Mann beim Maccaroniessen plötzlich einen heftigen Schmerz im Halse und es schien ihm, als ob ein langer dünner Körper eingedrungen wäre. Es traten sofort Schluckschmerzen auf und am 6. Tage entleerten sich übelriechende Massen aus dem Halse. Am 12. Tage wurde E. hinzugerufen und constatirte Anschwellung der rechten Pharynxhälfte, Oedem der Zungenbasis, Epiglottis und des rechten Aryknorpels. Fremdkörper weder zu sehen noch mit dem Finger zu fühlen. Gleichzeitig trat eine äussere Anschwellung rechts am Halse auf, die unter Fieber von 40,5° sich bis zur Bildung einer Phlegmone steigerte. Incision am vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus, allmäliges Eindringen in die Tiefe. Man stösst schliesslich auf einen Herd übel-

riechenden Eiters und fühlt eine $3^1/_2$ cm lange Nadel, die extrahirt wird. Heilung in wenigen Tagen.

E. berichtet ferner über eine hysterische Patientin, die sich einbildete, einen Fremdkörper im Kehlkopf zu haben und bei der es gelang, durch eine fingirte Fremdkörperextraction Heilung von sämmtlichen Beschwerden herbeizuführen.

Egidi: Hineinfallen von Tuben in Trachea und Bronchien.

Die schwerste Complication der Intubation ist das Hineinfallen der Tube in Trachea und Bronchien; ist die Tube richtig gewählt, so kann sie nicht durch die Stimmbänder hindurchgleiten. E. berichtet über 3 Fälle, die im Ospedale della consolazione in Rom zur Beobachtung gelangten. Im ersten handelte es sich um ein 6 Jahre altes Kind, das in Friaul intubirt war; nach Beseitigung der Larynxstenose kam es zur Bildung eines Pleuraempyems. Nach der Operation desselben blieb eine Fistel; es wurden zwei Rippen resecirt und nach Eröffnung der Pleurahöhle fand man eine Ebenholztube No. I, deren Spitze in die Pleurahöhle schaute, während der Kopf in der Lunge festsass. Nach Entfernung der Tube und Naht trat schnelle Heilung ein. Der zweite Fall glich dem ersten völlig, nur trat nach Extraction der Tube in Folge von Septikämie der Tod ein. Redner zeigte ferner eine O'Dwyer'sche Tube No. II, die über 4 Jahre lang in der Lunge eines 10jährigen Kindes gesessen hatte.

S. Citelli: Neue Methode zur Behandlung chronischer Kehlkopfstenosen in Folge permanenter Medianstellung beider Stimmbänder.

C. schlägt vor, die verschiedenen Formen der Kehlkopfstenose in Folge dauernder Medianstellung der Stimmbänder, die der allmäligen Dilatation mit Tuben oder Sonden nicht zugänglich sind, nicht, wie bisher, allein durch die Tracheotomie, sondern durch die fast vollständige Wegnahme der Pars ligamentosa der Stimmbänder — und wenn es erforderlich ist, auch der Pars cartilaginea — nach der Tracheotomie zu behandeln. Die Abtragung der Stimmbänder geschieht mittels der Grünwald'schen Zange. Die Patienten haben so den Vortheil, nicht dauernd die Thyreotomiecanüle tragen zu müssen und von Anfang an mit aphonischer Stimme sprechen zu können. Redner hat seine Untersuchungen an 6 Hunden ausgeführt und gefunden, dass das entfernte Gewebe sich nicht wieder erneuert. Der Zweck, den die Operation verfolgt, wird also vollkommen erfüllt.

S. Citelli: Vernarbungsprocess der Trachealwunde nach Tracheotomie.

Eine experimentelle und histologische Studie, die C. an 6 Hunden angestellt hat; Zweck derselben ist, festzustellen, innerhalb welcher Zeit annähernd sich die Trachealwunde schliesst, ferner die verschiedenen Formen der Trachealnarbe und vor allem die ihr entsprechenden Deformationen des Trachealsegments.

Folgendes sind im Hauptsächlichen die Ergebnisse dieser Untersuchungen: 1. Die Narbe kann die Form eines ausschliesslich auf die Schleimhaut beschränkten Häutchens annehmen — in diesem Fall bleiben die Stümpfe der recidirten Trachealringe fast frei, die Deformation der Trachea ist sehr geringfügig und wenn sich weiterhin eine Larynxstenose bildet, so kann die Narbenmembran gedehnt werden

und es so zur Bildung einer Art von Tracheocele kommen. Andernfalls kann auch eine derbe Narbe sich bilden, die von der Mucosa sich zum Bindegewebe und den prätrachealen Muskeln sich erstreckt und die Stümpte der recidirten Trachealringe in sich schliesst. In diesem Fall kann zwar keine Tracheocele durch Erhöhung des endotrachealen Druckes entstehen, dagegen erleidet das entsprechende Trachealsegment in Folge Narbenretraction eine Verengung im transversalen Sinn, jedoch so, dass in Folge der Weite des Tracheallumens keine Behinderung der Athmung eintritt. 2. Der völlige Verschluss der Trachealwunde kann auch nach 16—18 Tagen eintreten; in einigen Fällen ist sie aus unbestimmbaren Gründen auch nach einem Monat noch nicht geschlossen.

Vom histopathologischen Standpunkte aus ist zu bemerken: nekrotische Zustände (auf die Wundränder beschränkt) in der Epithelschicht und im Knorpel. Die Drüsen und die benachbarten Ausführungsgänge werden dilatirt; auch die Muskelfasern der prätrachealen Muskeln schwinden zum Theil. Andrerseits sind progressive Veränderungen zu constatiren, bestehend in Granulationsbildung, Epithelneubildung und sehr spärliche Neubildung der Knorpelelemente.

S. Citelli: Neue und modificirte Tuben zur Behandlung einiger Larynxstenosen.

Die Tuben sind bestimmt zur Behandlung von Larynxstenosen in Folge Oedem, Phlegmone des Larynxeingangs mit erheblicher Schwellung der Hinterfläche der Epiglottis; in diesen Fällen sind die gewöhnlichen Tuben nicht anwendbar, weil die ödematöse Epiglottis das Lumen der Tube verschliesst. Die Tuben von C. tragen über dem Kopf noch ein ca. 1 cm hohes Segment, das gerade im Kehlkopfeingang Platz findet.

Ferner hat C. an den gewöhnlichen Tuben eine Modification angebracht, die gestattet, sie im Kehlkopf durch die Trachealwunde hindurch zu fixiren.

S. Citelli: Melanotisches Sarkom vom Siebbein ausgehend.

Der Tumor, von chocoladenbrauner Farbe, sitzt breitbasig dem Siebbein auf und erstreckt sich nach unten bis zum Nasenloch. Das Auge ist nach aussen und oben dislocirt. Mikrokopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Sarkom mit reichlichem extracellulären Pigment handelte. Die mikrochemische Eisenreaction war positiv.

Finder.

(Nach einem Bericht des Bollett. delle mallattie dell'orecchio, della gola e del naso.)

---

b) Pariser laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. December 1905.

Vorsitzender: Furet.

Lubet Barbon und Martin: Kehlkopfstenose zur Diagnose.

Vorstellung eines Falles zur Entscheidung der Frage, ob Tuberculose oder Syphilis vorliegt. Es sind verschiedentlich Wucherungen entfernt worden, ohne dass die histologische Untersuchung Klarheit gebracht hätte.

Furet: Behandlung der Hämorrhagien durch Calcium.

Bei einem Hämophilen, der häufig sehr alarmirendes Nasenbluten bekam, ist es F. gelungen, der Blutung durch Darreichung einer Menge von 3—4 g Calciumchlorat pro die Herr zu werden.

Viollet: Behandlung des Nasenlupus.

V. hat in einem Falle, der jeder Behandlung trotzte, nach vorheriger Cocainisirung Cauterisationen mit Acid. hydrochlor. und Waschungen mit schwacher Chlorkalklösung vorgenommen.

Sitzung vom 12. Januar 1906.

M. A. Castex: Die Laryngotomie ohne Canüle.

C. berichtet über zwei Laryngotomien wegen Epitheliom und syphilitischen Condylomen, bei denen er weder während noch nach der Operation die Tracheotomiecanüle anzuwenden brauchte. Der Anwendung der Tracheotomiecanüle wirft er vor, dass sie die Technik complicire, die Trachea reize und einen schädlichen Husten hervorrufe, dass sie die Expulsion des Blutes und der Schleimmengen aus der Trachea hindere, eine Quelle der Infection abgebe und eine auffallende Narbe zurücklasse.

Laurens stimmt im Allgemeinen dem Vorredner zu. Man ist aber bisweilen gezwungen, im Verlauf der Thyreotomie zur Tracheotomie seine Zuflucht zu nehmen, wenn nämlich der endolaryngeale Eingriff lange Zeit erfordert (Durchtrennung von Narben, Autoplastik etc.) oder wenn Blutungen eintreten. Aber auch in diesem Fall soll und kann man die Canüle unterdrücken, sobald die Operation beendigt ist; man soll für Drainage der Gewebe mit einer Kautschuktube Sorge tragen, um ein Emphysem zu vermeiden. Die Vornahme der Operation auf der schiefen Ebene ist erlaubt.

Cauzard fragt an, welches die Länge der Incision einerseits der Trachealringe, andererseits der Vorderwand des Vestibulum laryngis ist und ob diese Incision die Epiglottis erreicht. Die Frage wird gestellt, um zu erfahren, welchen Weg die Nahrung in dem ersten Falle nahm und ob es der glosso-epiglottische Weg war.

Castex: Ich incidire ausschliesslich den Schildknorpel und die beiden Membran. hyo-thyreoidea und thyreo-cricoidea; ich erhalte so eine Oeffnung, die weit genug ist, um den Larynx zu überblicken.

Mounier: Nasensyphilis mit progressiv destructivem Verlauf.

Fall von tertiärer Syphilis bei einem 36jährigen Mann, die trotz aller Behandlung unter Zerstörung des ganzen knöchernen Nasengerüstes und des Gaumens zum Tode führte. M. hatte mehrere Male nekrotische Knochenstücke aus der Nase und dem harten Gaumen entfernt.

Courtade: Für die Schwere der Syphilis kommt vielleicht der frühere Aufenthalt des Patienten in heissen Ländern mit in Betracht; man hat beobachtet, dass in den Tropen acquirirte Syphilis oft erst schwer wird, wenn Patient die Tropen verlässt.

Courtade: Demonstration von Instrumenten.

Neues Metallmodell seines Pneumodographen zur Aufnahme und Fixation der forcirten Nasenathmung.

Cauzard: Demonstration von Instrumenten.

Spritzen für die Nasenhöhle und die Trachea.

Sitzung vom 23. Februar 1906.

Vorsitzender: G. Gallé.

Luc: 1. Fall von beiderseitiger Caldwell-Luc'scher Operation wegen chronischen Oberkieferhöhlenempyems.

Bei der Pat. wurde nachträglich wegen eines — nicht gerechtfertigten — Verdachtes auf Eiterung der linken Stirnhöhle eine Probeeröffnung dieser Höhle gemacht; in Folge einer Ausspülung der linken Kieferhöhle entstand eine Orbitalphlegmone derselben Seite.

2. Hyperostose des Oberkiefers.

Die Hyperostose ist diffus, nicht specifisch, eine Folge multipler Zahncaries ohne Eiterung der Highmorshöhlen.

Castex: 1. Rhinolithen.

Drei Fälle, Frauen betreffend.

2. Leukoplakie des Gaumens.

Die Affection ähnelt durchaus der bei secundärer Syphilis, ist jedoch nicht specifisch.

Mahu: Angioma naso-labiale.

Das Angiom hatte die Grösse einer Nuss und heilte in einem Monat durch vier Injectionen von $^2/_3$ ccm Wasserstoffsuperoxyd.

2. Deformitäten durch kalte Paraffininjectionen corrigirt.

Die Injectionen wurden mit der Mahu'schen Spritze gemacht. Es handelte sich um eine knopfförmige Nase in Folge eines Septumabscesses, eine traumatische Nasendeformation und eine Deformität nach Mastoidoperation.

Guisez: Fremdkörperextraction aus dem Bronchus.

Die Extraction des 50 Centimesstückes geschah mittels der directen Bronchoskopie.

Bourgeois: Myxomatöse Degeneration der Stimmbänder.

Ein erheblicher Theil der Geschwulstmasse wurde entfernt und erwies sich als cystischer Natur; die histologische Untersuchung ergab ein cystisches fibromatöses Fibrom, dessen äussere Wand mit Pflasterepithel ausgekleidet ist.

A. Cartaz.

---

c) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

42. Sitzung vom 24. October 1906.

Vorsitzender: Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

1. E. Schmiegolow zeigte einen Rhinolithen vor, der 3 cm lang, $2^1/_4$ cm hoch war, mit stalactitenähnlicher Oberfläche, Gewicht 5,54 g; Patient hatte seit 10—20 Jahren eine stinkende Naseneiterung. Das Concrement war so fest eingekeilt, dass es nur in Narkose entfernt werden konnte.

2. E. Schmiegelow zeigte einige mittelst der directen Laryngoskopie entfernte Papillome vor.

Patientin war ein 10 jähriges Mädchen, bei dem man eine tuberculöse Laryngitis angenommen hatte. Mittels der Killian'schen Rohrspatel gelang es, einen vorzüglichen Ueberblick über das Innere des Kehlkopfes zu gewinnen und alsdann die Papillome mit der Pincette zu entfernen.

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

43. Sitzung vom 28. November 1906.

Vorsitzender: Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

1. Buhl: Fall von primärem Lupus der Schlundschleimhaut.

47 jährige Frau, die wegen Schwerhörigkeit in Behandlung kam, niemals Schlundsymptome. An der rechten Seite des Gaumensegels ein etwa 2 cm grosses, oberflächliches Geschwür von körnigem Aussehen; in der Umgegend vereinzelte Knötchen. An der Gesichtshaut sowie in der Nasenhöhle nichts Krankhaftes.

2. Mahler (in Abwesenheit Prof. Schmiegelow's): Cancer pharyngis perilaryngealis. Exstirpatio laryngis totalis et pharyngis partialis.

Ein 23 jähriges Mädchen hatte seit anderthalb Jahren Schluckschmerzen, die Stimme etwas heiser, kein Husten, keine Abmagerung. Laryngoskopie: Linker Sinus piriformis von einem schmutzig-grauen Tumor gefüllt, linke Arygegend ödematös geschwollen, die Bewegungen des linken Stimmbandes beschränkt. Am 2. August wird Pharyngotomia subhyoidea vorgenommen, nach Exstirpation des Kehlkopfes gelingt es leicht, den Tumor im gesunden Gewebe zu exstirpiren. Mikroskopie: Typisches Pflasterepithel, Carcinom. Am 28. September wird die Fistel durch Plastik geschlossen, am 31. October die Schlundsonde entfernt. Der Canal im Pharynx musste noch immer durch Bougies erweitert werden. Am 22. November verursachte die Bougierung Schwierigkeiten, nachdem man sie 3 Tage unterlassen hatte; Nachmittags Schüttelfrost, Temp. 40,3, Schmerzen hinter dem Sternum. Es entwickelt sich eine acute Mediastinitis mit Durchbruch zur Lunge. Am 26. November Exitus. Kein Recidiv vorhanden, Oesophagus stenosirt.

Kiaer frägt, welches die Todesursache sei und macht darauf aufmerksam, dass es sich vielleicht um einen peri-ösophagealen Abscess habe handeln können, der durch seine Ruptur eine Mediastinitis verursacht hatte.

Mahler bedauert, die Todesursache nicht genau angeben zu können, indem nur die Autopsie der Halsorgane erlaubt wurde.

3. Gottlieb Kiaer: Primärer Krebs des Epipharynx.

Ein 64 jähriger Arbeiter war längere Zeit schwerhörig, hatte jetzt ferner bisweilen lancinirende Schmerzen. Am Rachendach ein flach erhabenes, unreines Geschwür mit höckerigem Rande. Ein Stückchen wird zur Mikroskopie entfernt; dieselbe ergab: In den Spalträumen reichlicher Auswuchs polygonaler Zellen, das Epithel geht hier und da zapfenförmig in die Tiefe. Durch Röntgenbestrahlung hat sich das Geschwür jetzt ein wenig gereinigt.

4. Gottlieb Kiaer: Diaphragma congenitum laryngis.

Eine 26 jährige Frau war seit ihrer Geburt heiser; die Stimme klanglos, lässt sich durch energische Ansprache nicht verstärken. Bei schnellem Treppensteigen etwas kurzathmig, im übrigen verträgt sie ziemlich schwere Anstrengungen. Zwischen den Stimmbändern sieht man eine dünne, grauweisse, leicht glänzende Membran, die die vorderen drei Viertel der Rima glottidis einnimmt und nach hinten zu vom concaven Rande begrenzt wird. Beim Phoniren verschwindet die Membran, indem die Stimmbänder sich nahe aneinander legen, nur nach hinten ein klaffender Spalt. Mittels des Galvanokauters wird das Diaphragma in sagittaler Richtung durchtrennt, was nach vorn nur mit einiger Schwierigkeit gelingt. Trotz des Auftrages, sich fortwährend unter ärztlicher Controle zu halten, erscheint sie erst nach einem Jahre wieder; es hat sich während dieser Zeit eine das vordere Drittel der Rima glottidis einnehmende Membran gebildet; die Stimme immer heiser. — Wahrscheinlich handelt es hier thatsächlich um ein angeborenes Diaphragma.

5. Gottlieb Kiaer: Rhinoplastik.

Vorstellung eines 25 jährigen Mädchens, an dem im 19. Jahre Rhinoplastik durch Herabdrehen eines Stirnlappens vorgenommen worden war; an der Stelle der äusseren Nase sass ein weicher, abgeplatteter Hautlappen, der mit den Umgebungen fest verwachsen war, nur rechts bestand eine ganz kleine Oeffnung, durch die das Wasser beim Ausspülen des Nasenrachens hervorsickert. Uebrigens ist auch die Oberlippe durch die Narbenbildung etwas evertirt.

44. Sitzung vom 17. December 1906.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Fall von Nekrose der rechten Hälfte der Cartilago thyreoidea.

Ein 31 jähriger, früher völlig gesunder Mann wurde August 1905 heiser; einige Zeit nachher fanden sich ziemlich plötzlich, während er Trambahn fuhr, starke Respirationsbeschwerden ein, weshalb er am 8. September im Krankenhause zu Gothenburg der Tracheotomie unterzogen werden musste. Am 6. December kam er bei Sch. zur Behandlung. Kehlkopf alsdann durch eine riesige Anschwellung

seiner rechten Seite völlig verschlossen, während die linke Seite natürlich war. Antiluetische Behandlung durch 3 Monate ohne Erfolg, dann im März Tracheotomia inferior, Laryngofissur und Entfernung einer Menge entsetzlich stinkender, grösserer und kleinerer Knochen- und Knorpelsequester, die aus dem Schild- und Ringknorpel stammten. Fortwährend Fisteln am Hals, später auch Schwellung und Röthe; es wurde dann die ganze rechte Seite des Schildknorpels entfernt, wonach das Leiden zur Ruhe ging. Im Herbst konnte Patient mit frei durchgängigem Kehlkopf und klangvoller, fast reiner Stimme nach Hause ziehen. Mikroskopie zeigte gutartige Entzündungsprocesse. — Das Auftreten einer derartigen Nekrose bei einem übrigens völlig gesunden Menschen dürfte etwas ziemlich Seltenes sein.

II. Geschäftssitzung. Zum Vorstand für das kommende Jahr wurden gewählt:

Präsident: Victor Bremer.
Vicepräsident und Schatzmeister: Soph. Bentzen.
Schriftführer: P. Tetens Hald.

Ausserdem eine otologische Mittheilung.

45. Sitzung vom 23. Januar 1907.

Vorsitzender: Bremer.
Schriftführer: Tetens Hald.

I. E. Schmiegelow stellt einen 68 jährigen Mann vor, bei dem er ein riesiges Papilloma nasi villosum entfernt hatte. Nach Umschneiden der Nase und Spaltung der Oberlippe wurde die Vorderwand der Kieferhöhle und der Proc. nasalis resecirt und die, die ganze linke Nasenhälfte und Kieferhöhle ausfüllenden, blassrothen Geschwulstmassen entfernt.

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

46. Sitzung vom 27. Februar 1907.

Vorsitzender: Bremer.
Schriftführer: Tetens Hald.

I. E. Schmiegelow: Fall von Fremdkörper in der rechten Lunge, durch Bronchoskopie entfernt.

Ein 4 jähriges Mädchen, das seit 5 Tagen einen Maiskern im rechten Hauptbronchus sitzen hatte. In tiefer Chloroformnarkose wurde Bronchoscopia superior vorgenommen. Wegen starker Schleimhautschwellung musste während der ca. $1^1/_4$ Stunde dauernden Extractionsversuche die Schleimhaut sehr häufig mit Cocain-Adrenalin-Lösung (10 pCt.) betupft werden. Die Gesammtmenge des Cocains betrug etwa 60 cg, wobei jedoch natürlich die weit grösste Menge in den verwendeten Tupfern hängen blieb und so der Resorption entzogen wurde. Der Kern musste zerbrochen und in kleinen Stücken entfernt werden. Die Respiration wurde dann frei, jedoch trat gleich nachher eine heftige Cocainvergiftung auf, die trotz aller Behandlung innerhalb 7 Stunden zum Exitus führte.

P. Tetens Hald hat Versuche über das Quellen von Maiskernen und Erbsen angestellt und nach einer gewissen Zeit bei letzteren eine Volumszunahme von 120 pCt. gegen 33 pCt. bei Maiskernen gefunden. Ein Maiskern bietet deshalb für die Extractionsversuche weit günstigere Bedingungen, auch weil er seine flache, eckige Gestalt behält.

II. L. Mahler: Die Tracheo-Bronchoskopie bei Syphilis der tieferen Luftwege.

Bei einer 40jährigen Frau mit Respirationsbeschwerden und Zeichen von mangelhafter Funktion der linken Lunge wurde bronchoskopisch direct über dem Abgang des linken Hauptbronchus eine glänzend rothe, nicht ulcerirte Schwellung gesehen. Nach 3 Wochen antiluetischer Behandlung hatten die Respirationsbeschwerden beträchtlich nachgelassen und an der Stelle der Schwellung sah man ein weisses, narbiges Diaphragma. Es hat sich wohl demnach um eine gummöse Infiltration gehandelt.

P. Tetens Hald hält auch den Fall für ein Gumma, frägt aber, ob durch Nachweis von Spirochäten oder durch histologische Untersuchung die Diagnose festgestellt war; tuberculöse Infiltrate können ja auch nach Jodkali zurückgehen.

Schmiegelow würde Bedenken hegen, in einem Fall, wie den vorliegenden, eine Probeexcision vorzunehmen. Jörgen Möller.

---

d) Spanische medico-chirurgische Academie.

Sitzung vom 16. December 1906.

Tapia: Fremdkörper des rechten Bronchus. Directe Bronchoskopie. Extraction. Heilung.

Ein 10jähriges Kind aspirirte am 10. Mai einen Fremdkörper. Es traten schwere Erscheinungen seitens der Lungen auf; bei der directen oberen Brochoskopie trat infolge Contractur der Thoraxmuskeln Apnoe auf. Es musste schleunig die Tracheotomie gemacht werden. Darauf verschwanden die durch den Fremdkörper hervorgerufenen Athmungsstörungen. Als man einige Tage darauf im Operationssaal einen Olivenkern fand, glaubte man zuerst, dass der Fremdkörper ausgehustet worden sei. Als man aber einige Zeit später die Canüle herauszog, traten die Erscheinungen von Verschluss des rechten Bronchus wieder auf. Ohne Zweifel war der Fremdkörper, der auf der Canüle gelegen hatte, beim Herausziehen derselben wieder in den Bronchus gefallen. Man machte die untere Bronchoskopie und sah den rechten Bronchus voll fötiden Eiters. Mittels einer besonders construirten Pincette gelang jetzt die Extraction. Heilung.

Arredondo berichtet über einen Fall, in dem ein Kirschkern im rechten Bronchus sass. Tracheotomie. Expulsion des Fremdkörpers.

Botella hat einen Fall gesehen, in dem eine Bleistiftspitze in den Bronchus gerathen war.

Tapia: Die Patientin Botella's, bei der der Hausarzt sich der Ausführung der Bronchoskopie widersetzt hatte, hat jetzt mehrere Thoraxfisteln und die Radioskopie zeigt, dass der Fremdkörper schon ausserhalb der Lunge ist.

Sitzung vom 7. Januar 1907.

Landete: Ein Fall von Chirurgie des Mundes und der Nase.

In Folge eines Traumas der Nase und Oberlippe entstand eine enorme Entstellung des Gesichts; die Mundöffnung war durch Narben so reducirt, dass feste Speisen nicht mehr passiren konnten. Man macht die Cheiloplastik nach Schlander und sieht, dass der Processus alveolaris des Oberkiefers fehlt. Man construirt eine Prothese und Pat. kann jetzt vollständig gut essen. Mit künstlicher Nase, Cheiloplastik und Oberkieferprothese ist das Aussehen des Patienten passabel.

Sitzung vom 26. Januar 1907.

Botella: Ein Fall von halbseitiger Kehlkopfexstirpation.

54jähriger Mann; Epitheliom von der Grösse einer Erdbeere im vorderen Drittel des linken Stimmbandes, geringe Beweglichkeit des letzteren. Präliminare Tracheotomie. Einen Monat später halbseitige Exstirpation nach Gluck. Schnelle Heilung.

Tapia hat kürzlich einen Fall mit Totalexstirpation operirt, in dem er versuchte, den Substanzverlust der vorderen Pharynxwand dadurch zu decken, dass er die Epiglottis so umdrehte, dass ihre vordere Fläche nach hinten und der obere Rand nach unten kam. Man hätte so die Ränder des Pharynx an die Ränder der Epiglottis nähen können; da jedoch ihre Basis lädirt war, so musste sie exstirpirt werden. Fragt, ob man im Botella'schen Fall nicht die Thyreotomie hätte machen können.

Botella: Die Thyreotomie ist nur in seltenen Fällen angezeigt. Er hat einen Fall von Semon operiren sehen, in dem die Schwellung so gering war, dass man sie kaum sehen konnte; nur in solchen Fällen kann man von der Thyreoomie gute Resultate erwarten.

Tapia.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, Juli. 1907. No. 7.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente.

1) **G. Killian. Die Begründung der modernen Rhino-Laryngologie. (The foundation of modern rhino-laryngology.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1906.*

Eine historische Studie über die Entwickelung der Rhino-Laryngologie mit besonderer Berücksichtigung der endoskopischen Methoden. LEFFERTS.

2) **P. Roques. Einfluss des Mittelmeerklimas auf die Krankheiten der oberen Luftwege. (Influence du climat méditerranien sur les maladies des voies respiratoires supérieures.)** *Congrès de climatologie de Cannes. 1. April 1907.*

Das Klima soll sehr gute Wirkung auf Nasenrachen-Katarrhe haben, die Häufigkeit der acuten Episoden bei adenoiden Wucherungen herabsetzen u. s. w. Verf. leugnet, dass Laryngitiden, specifische oder nicht, am Meer schlechter werden. GONTIER de la ROCHE.

3) **Carl Vohsen** (Frankfurt a. M.). **Beitrag zur Stau- und Saugtherapie in Ohr und oberen Luftwegen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1907.*

Nach einem Vortrag bei der Versammlung westdeutscher Ohren- und Halsärzte in Köln am 2. December 1906. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

4) **F. Guyot. Ueber die Indicationen der Bier'schen (Aspirations-)Methode in der Oto-Laryngologie. (Des indications de la méthode de Bier (aspiration) en oto-rhinologie.)** *La Clinique. No. 24. 1906.*

Der Autor rühmt die Methode mit dem Sondermann'schen Aspirator:

I. Für das Ohr:

1. um nach der Paracentese das Mittelohr zu leeren, ohne zur Politzer'schen Luftdouche, welche gewisse Nachtheile hat, greifen zu müssen;

2. behufs mehrmaligen Entleerens eitriger Producte während des Tages.

II. Für die Nase und die Nebenhöhlen:

1. zur Diagnose von Sinusiten,

2. zur Behandlung acuter Sinusiten,
3. zur Behandlung von Fällen eitriger Rhinitiden bei Kindern,
4. als Modificator der Nasenschleimhaut bei Ozaena.

BAYER.

5) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Ueber Oesophago-Tracheo- und Bronchoscopia.** (Vortrag, gehalten am 16. October 1906 in der med. Gesellschaft zu Kopenhagen.) *Nord. Med. Archiv. Afd. I. Kerurgi. Häft 4. No. 8. 1906.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Entwickelung dieser Untersuchungsmethoden, die demonstrirt werden, und theilt seine eigenen Erfahrungen mit.

1. Oesophagoskopie:

10 Fälle von Cancer oesophagi wurden ösophagoskopirt und die Diagnose dadurch bekräftigt. Die Bedeutung der Oesophagoskopie in differential-diagnostischer Beziehung gegenüber Spasmus oesophagi wird hervorgehoben und durch eigene Beobachtungen in 5 Fällen illustrirt. Ein Fall von cicatricieller Oesophagusstrictur bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben wurde mittelst Oesophagoskopie in tiefer Narkose diagnosticirt, behandelt und geheilt.

Bei einem 7jährigen Mädchen, das an Corpus alienum oesophagi (eine Münze) litt, wurde diese in tiefer Narkose mittels Oesophagoskopie leicht entfernt. In drei Fällen, wo die Patienten behaupteten, einen Fremdkörper in der Speiseröhre zu haben und nicht von dem Gedanken abzubringen waren, konnte nur die ösophagoskopische Untersuchung sie überzeugen, dass die Speiseröhre vollständig frei war. Bei einem Manne, der an Schluckbeschwerden litt, konnte die ösophagoskopische Untersuchung feststellen, dass es sich um eine Divertikelbildung handelte.

2. Directe Laryngoskopie wird hauptsächlich mittels des Killian'schen röhrenförmigen Spatels gemacht, und vorzugsweise bei Kindern, die nicht indirect laryngoskopirt werden können. In der Weise sind mehrere Kinder, die an Larynxstenose, Papillomen, Diaphragmabildung litten, in tiefer Narkose untersucht worden.

3. Directe Tracheo-Bronchoskopie (superior und inferior) ist in einer Reihe von Fällen (ca. 50 Personen) angewandt und hat in differentialdiagnostischer und therapeutischer Hinsicht sehr schöne Resultate gegeben. Besonders bei Compressionsstenosen, bei Strumapatienten und überhaupt bei Stenosen der tieferen Luftwege ist die directe Tracheoskopie unentbehrlich. Mehrere Fälle werden mitgetheilt.

Bei einem 7jährigen Mädchen, das einen Pflaumenstein im rechten Bronchus aspirirt hatte, gelang es zwar, den Fremdkörper zu sehen, aber trotz mehrerer Versuche, theils mittels oberer, theils mittels unterer Bronchoskopie (durch die Tracheotomiewunde), gelang es nicht, den Fremdkörper zu entfernen und das Kind starb an putridem Pyopneumothorax.

AUTOREFERAT.

6) **S. C. Morrell. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies lodged in the air passages.)** *Massachusetts Medical Journal. Mai 1906.*

Im ersten Fall war eine Erbse aspirirt und wurde nach zwei Tagen ausgehustet; im zweiten handelte es sich um eine hoch in der Trachea sitzende

Bohne, die durch Tracheotomie entfernt wurde. Verf. rühmt die Vorzüge der Tracheotomie. Er sagt, man solle in allen Fällen, auch bei Fremdkörpern der Bronchien, die Tracheotomie vornehmen, nicht so sehr in der Hoffnung, den Fremdkörper extrahiren zu können, als vielmehr um seine Expulsion durch die Trachealöffnung zu ermöglichen. Von der Bronchoskopie scheint Verf. nichts gehört zu haben.

EMIL MAYER.

7) **W. G. Macdonald. Die Chirurgie der Fremdkörper in den Athmungswegen. (The surgery of foreign bodies in the respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record, 2. Februar 1907.*

Verf. berichtet über 14 operirte und 2 nicht operirte Fälle und giebt eine gedrängte Uebersicht über die Literatur. Aus seiner eigenen klinischen Erfahrung hat sich ihm der Grundsatz ergeben, in allen Fällen, in denen der Fremdkörper tief in der Trachea oder den Bronchien seinen Sitz hat, eine präliminare Tracheotomia inferior zu machen. Wenn der Fremdkörper beweglich ist, so wird bei weiter Trachealöffnung einer der heftigen Hustenstösse diesen hinausbefördern. Ist der Fremdkörper unbeweglich eingekeilt, so kann die Bronchoskopie mit einem kurzen Rohr angewandt werden.

LEFFERTS.

8) **W. G. Macdonald. Die Chirurgie der Fremdkörper in den oberen Luftwegen. (The surgery of foreign bodies in the respiratory tract.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1907.*

Vor noch 20 Jahren betrug die Mortalität in diesen Fällen 40 pCt.; jetzt beträgt sie nur noch 10 pCt. Verf. berichtet über 16 Fälle mit zwei tödtlichen Ausgängen.

LEFFERTS.

9) **C. G. Santessow. Vergleichende Studie über die Localwirkung von Cocain und Stovain auf peripherische Nervenstämme.** *Nord. med. Arch. Bd. 39. S. 1. 1906.*

Die anästhesirende Wirkung des Cocains und seiner Ersatzmittel hat man meistens als eine Localwirkung auf die sensiblen Nervenendapparate aufgefasst. Diese Vorstellung knüpft zunächst an den Verlauf nach Application eines solchen Localanästheticums, z. B. auf eine Schleimhaut, auf die Haut eines Frosches oder dergl. und bei Prüfung der Sensibilität von der Oberfläche aus an. Dass das betreffende Gift dabei die sensiblen Nervenendigungen der Schleimhaut trifft, ist wohl mit Sicherheit anzunehmen. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, dass gleichzeitig eine Wirkung auf sensible Nervenfasern vorliegt, nämlich auf die dünnen, schliesslich marklosen Endverzweigungen dieser Nerven, die sicherlich sehr leicht und schnell „narkotisirt" werden können. Im Gegentheil: wenn man nämlich nach Application der anästhesirenden Lösung auf eine resorbirende Oberfläche oder subcutan einschneidet und dabei das Schmerzgefühl aufgehoben findet, so ist unzweifelhaft eine Wirkung auf die Nervenfasern vorhanden. Wenn nämlich das Mittel dabei nur die Nervenendigungen, nicht aber die Nervenfaser lähmte, dann müsste die Durchschneidung jeder sensiblen Nervenfaser Schmerz erzeugen; die Anwendung des localanästhetischen Mittels wäre unter solchen Umständen ganz verfehlt. Auch bei der Lumbalanästhesie ist es als sicher zu betrachten, dass

die Wirkung hauptsächlich die Nervenwurzeln trifft, dass es sich also um eine Nervenfaserwirkung handelt. Der Angriffspunkt des Cocains und seiner Ersatzmittel zur Erzeugung von Localanästhesie ist also sehr oft, vielleicht hauptsächlich, die sensible Nervenfaser selbst.

J. KATZENSTEIN.

10) **Hj. Kärn** (Dänemark). **Nachblutung beim Gebrauch von Adrenalin während Zahnextraction. (Efterblödning ved Brug af Adrenalin under Tandudtraekning.)** *Ugeskrift for Laeger. 8. November 1906.*

Verf. theilt einen Fall mit, der einen 21jährigen Mann betrifft, dem ein Zahnarzt 21 Zähne ausgezogen hat, nachdem zuerst eine Lösung von Suprarenincocain subgingival eingespritzt war. $1^1/_2$ Stunden nachher fing die Blutung an; sie konnte gar nicht mittels Tamponade gestillt werden, indicirte zweimal Salzwasserinfusion und Stimulantia wegen drohender Verblutung und wurde erst nach kräftiger Anwendung von Chloreisen zum Stillstand gebracht.

A. SCHMIEGELOW.

11) **Age Svend Rasmussen** (Dänemark). **Ueber die Anwendung von submucösen Novocain-Suprarenin-Injectionen als Anästheticum bei Zahnextractionen. (Om Anwendelsen af submuköse Novokain-Suprarenin-Injectiones som Anästetikum ved Tandextraktioner.)** *Ugeskrift for Laeger. 27. December 1906.*

Verf. benutzt die von den Höchster Farbenfabriken gelieferten Novocain-Suprarenin-Tabletten B und injicirt nach der von Braun (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilkde. 1905, Januarheft) angegebenen Methode und lobt diese als vortrefflich.

E. SCHMIEGELOW.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **J. M. Ingersoll. Die Function der Nebenhöhlen der Nase. (The function of the accessory sinuses of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Bei Thieren mit fein entwickeltem Geruchssinn zeigen die Ethmoidalmuscheln einen sehr intricaten Bau und dementsprechend sind auch die Nebenhöhlen höher entwickelt; sie enthalten alle Riechmuschelgewebe. Ihre Function besteht darin, die Inspirationsluft über eine grosse Oberfläche der Riechmuscheln zu leiten, und so dienen die Nebenhöhlen dazu, den Geruchssinn zu verschärfen. Bei den Thieren, die keinen feinen Geruchssinn haben, sind die Riechmuscheln degenerirt und von den Nebenhöhlen zurückgewichen. Die Höhlen haben verhältnissmässig glatte Wände, ihre Oeffnung in die Nasenhöhle ist eng und ihre functionelle Activität ist erloschen. Beim Menschen sind die Nebenhöhlen nur noch rudimentäre Organe.

EMIL MAYER.

13) **G. Holmgren** (Stockholm). **Einige Worte von dem Empyem der Nebenhöhlen der Nase. (Naagra ord om empyemen i näsans bihaalor.)** *Almänna Svenska Läkartidningen. 24. August 1906.*

Verf. giebt eine kurze Uebersicht der Symptomatologie, Diagnose und Behandlung des nasalen Nebenhöhlenempyems, illustrirt durch mehrere sehr instructive Fälle seiner eigenen Beobachtungen.

Besonders hervorgehoben wird die Wichtigkeit, Patienten rhinologisch zu untersuchen, die Kopfschmerzen haben, weil die Siebbeinhöhlenempyeme sich bisweilen nur durch Kopfschmerzen kennzeichnen.

Ein frontales Empyem kann bisweilen vorhanden sein, ohne dass es möglich ist, klinisch einen Nasenausfluss zu constatiren; Verf. hat einen solchen Fall behandelt und operirt.

E. SCHMIEGELOW.

14) **M. Paunz. Ueber entzündliche Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 38, 39. 1906.*

P. theilt in Besprechung bekannter Thatsachen betreffs der Nebenhöhlenerkrankungen einige Fälle aus eigener Erfahrung mit. Zwei Empyeme der Stirnhöhle, einer nach Kuhnt, der andere nach Killian mit Erfolg operirt; einen in Folge von Encephalitis purulenta letalen Fall von Empyem des Sinus maxillaris und Sinus frontalis; weitere Highmorshöhlenempyeme nach Küster-Désault und Luc-Caldwell operirt.

V. NAVRATIL.

15) **Braden Kyle. Allgemeine krankhafte Vorgänge bei oder nach Nebenhöhleninfectionen. (General pathologic processes associated with or following infections of the accessory sinuses.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Man muss stets bedenken, dass die Nebenhöhlen keine selbstständigen Gebilde, sondern nur ein Theil des nasalen Respirationsapparates sind und muss auch ihre Beziehung zu den benachbarten Organen der Ernährung in Betracht ziehen.

EMIL MAYER.

16) **Jonathan Wright. Operationen an den Nebenhöhlen der Nase. (Operations on the accessory nasal sinuses.)** *N. Y. Medical Journal. 14. October 1905.*

Die ausgezeichnete Arbeit in der bekannten anschaulichen und interessanten Darstellungsart des Verf.'s verfasst, richtet sich gegen die Auswüchse der Nebenhöhlenchirurgie. Er sagt, dass ebenso wie eine Zeit lang beim Publicum in Folge der übertriebenen Anwendung der Blinddarmoperation jeder Leibschmerz die Angst vor der Appendicitis erregte, wir jetzt auf dem besten Wege sind, jeden Kopfschmerz mit einem ähnlichen Schrecken zu umgeben. Uterus und Rectum haben ihre Rolle als Ausgangspunkt des Kopfschmerzes ausgespielt; „aber zahllose Antra werden durchleuchtet, punctirt und ausgespült auf die vagen Angaben neurasthenischer Patienten hin.“ Es ist zu hoffen, dass in Zukunft häufiger die Frage erörtert wird, wann zu operiren ist, als wie zu operiren ist. Mit jener Frage — wann eine Operation angezeigt ist, beschäftigt sich Ref. eingehend. Er behauptet, dass die grosse Mehrzahl der nicht operirten Fälle bisweilen nach jahrelangem Leiden, häufiger nach längeren Beschwerden, schliesslich von selbst gut werden. Eine sorgfältige intranasale Behandlung wird die Zahl dieser Fälle noch vermehren.

LEFFERTS.

17) **A. Capart jr. Ueber die operativen Indicationen bei der Sinusitenbehandlung. (Des indications opérations dans le traitement des sinusites.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 2. p. 49.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. oto-rhino-laryngolog. Gesellschaft (vom 10. Juni 1906), in welchem über den Gegenstand berichtet ist.

PARMENTIER.

18) **Delsaux. Anatomische Präparate zur Demonstration des Verfahrens bei der Warzenfortsatzfelsenbeinausräumung und der Radicalcur der Gesichtspolysinusiten. (Pièces anatomiques démontrant la façon de pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien et la cure radicale des polysinusites de la face.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 50. 1906.*

In der klinischen Gesellschaft von Brüssel am 8. December 1906 zeigt D. anatomische Präparate vor, um das Operationsverfahren bei der Warzenfortsatzfelsenbeinausräumung und der Radicalcur der Gesichtspolysinusiten zu demonstriren.

PARMENTIER.

19) **Walter A. Wills. Die intranasale Methode zur Operation der Nasennebenhöhlen. (The intranasal route in operating upon the nasal accessory sinuses.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1905.*

Mittheilung von im Wesentlichen bekannten Thatsachen nebst Beschreibung einer Troicart-Canüle für die Oberkieferhöhle und einer Sonde für die Keilbeinhöhle.

EMIL MAYER.

20) **E. Delstanche. Bezüglich der Behandlung infectiöser Läsionen der Nasennebenhöhlen. (A propos du traitement des lésions infectieuses des cavités accessoires du nez.)** *La Clinique. No. 13. 1906.*

Nil sub sole novi! Bezüglich der Veröffentlichungen Cheval's im Journal Méd. in Brüssel (1906) über die Behandlung infectiöser Läsionen der Nasennebenhöhlen macht D. von neuem auf die in den Memoiren der Kgl. Academie der französischen Chirurgie im Jahre 1768 von Bordenave über die Krankheiten des Sin. maxill. veröffentlichte Arbeit aufmerksam, in welcher man alle noch jetzt gebräuchlichen Behandlungen mit Ausnahme der operativen Verbesserung von Luc aus Paris beschrieben finde.

BAYER.

21) **John Guttman. Empyem einiger Nebenhöhlen der Nase complicirt durch einen Orbitalabscess. (Empyema of the accessory sinuses of the nose complicated by an orbital abscess.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Januar 1907.*

Bericht über einen Fall.

LEFFERTS.

22) **Meissner** (Wien). **Ein Fall von einseitigem Empyem der Nebenhöhlen der Nase mit Betheiligung des Auges.** *Wiener med. Wochenschr. No. 32. 1906.*

Chronisches Empyem der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhle, welches ein ausgebreitetes centrales Skotom verursachte. Nach der Radicaloperation der Nebenhöhlen Heilung.

O. CHIARI.

23) **Delsaux. Linksseitige Frontoethmoidal.-maxillar- und Sphenoidal-Sinusitis. Ausräumung der Gesichtsnebenhöhlen. (Sinusites fronto-ethmoïdales maxillaire et sphénoïdale gauches. Evidement des cavités annexielles de la face.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 50. 1906.*

In der klinischen Gesellschaft zu Brüssel, am 8. December 1906, betont der Autor die Unschädlichkeit einer, wenn gut ausgeführt, so wichtigen Operation und die Schnelligkeit, mit welcher die operative Heilung ohne Reactionserscheinungen vor sich geht.

PARMENTIER.

24) **P. H. Eykman** (Haag). **Entzündung der Oberkieferhöhle. (Outsteking van de bonenkaaksholte.)** *Tijdschr. v. physische therapie en hygiëne. No. 5. 1906.*

Ein Fall von chronischem Empyem der Kieferhöhle, das durch die Anwendung von localen Sonnenbädern und Kopfdampfbädern geheilt sein soll.

H. BURGER.

25) **K. K. Wheelock. Antrumabscess mit Symptomen von acutem Gelenkrheumatismus. (Abscess of antrum causing symptoms of acute articular rheumatism.)** *American Medicine. 17. Februar 1906.*

W. berichtet über einen Fall von Pheumokokkeninfection der Oberkieferhöhle, auf die allgemeine Symptome von Gelenkrheumatismus folgten.

EMIL MAYER.

26) **J. Passmore Berens. Ergebnisse der Operationen auf dem Maxillarwege bei combinirter Erkrankung von Oberkieferhöhle, Siebbeinlabyrinth und Keilbeinhöhle. (Results of operations by way of the maxillary route for combined disease of the maxillary antrum, ethmoid labyrinth and sphenoid sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1905.*

Die zwanzig operativen Fälle hatten folgende Ergebnisse: Elf Fälle wurden geheilt und zwar handelte es sich drei Mal um einseitige Pansinusitis. In fünf Fällen, bei denen bereits vor der Operation eine Atrophie der Schleimhaut bestand, müssen noch jetzt von Zeit zu Zeit Nasendouchen angewandt werden. In vier Fällen verschwand ein „tic douloureux" nach der Operation.

EMIL MAYER

27) **Onodi. Ueber die spontane Heilung der Empyeme der Highmorshöhle und den Werth der endonasalen Ausspülung.** *Orvosi Hetilap. No. 44. 1906.*

Die spontane Heilung der Empyeme hängt grösstentheils von den anatomischen Verhältnissen ab; die Lage, Grösse und Anzahl der normalen und accessorischen Oeffnungen der Highmorshöhle fördert oder behindert die Entleerung des Secretes. V. gibt 4 Photographien von anatomischen Präparaten bei, welche diese Verhältnisse illustriren. Dieselben bezeugen auch, wo die Ausspülung der Höhle durch die natürlichen Ostia mit geringeren oder grösseren Schwierigkeiten und mit mehr oder weniger Hoffnung auf Heilung ausführbar ist.

v. NAVRATIL.

28) **Kasparianz. Palpation der Oberkieferhöhle und die endonasale Methode der Highmorshöhlenoperation. (Palpazia weschnez. nasuchi i endonasalni sporob oper. gaimorita.)** *Mitth. der Baz. Klinik. Bd. I. p. 11.*

K. beschreibt die Art, wie bei Empyem der Highmorshöhle die Diagnose der Fluctuation bei verschlossener natürlicher Oeffnung zu erhalten gelingt. Bei der endonasalen Operation wird die mediale Wand der Highmorshöhle durch Conchotom abgetragen.

HELLAT.

29) **Hermann Cordes** (Berlin). **Ueber Erhaltung der unteren Muschel bei der Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems mit Anlegung einer nasalen Gegenöffnung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1906.*

Autor empfiehlt die Denker'sche Methode, räth aber mit Rücksicht auf die physiologische Bedeutung der unteren Muschel, diese nicht zu reseciren, sondern unter vollkommener Erhaltung derselben mit dem Krause'schen Troikart eine Gegenöffnung von der Nase aus anzulegen, — wenn nöthig — bei der Operation noch einen kleinen Theil der umgebenden Knochenwand zur Erweiterung der Oeffnung abzutragen und von dieser Oeffnung im unteren Nasenkanal aus die Nachbehandlung vorzunehmen. Eine Reihe auf diese Weise behandelter Fälle kamen sämmtlich zur Ausheilung. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

30) **Cabannes** und **Peyneaud. Osteomyelitis des Oberkiefers und secundäres Oberkieferempyem mit Fistelöffnung an dem linken unteren Augenlid bei einem 8 Monate alten Kinde. (Ostémyélite du maxillaire supérieur et sinusite secondaire fistulisée à la paupière inférieure gauche chez un enfant de huit mois.)** *Gazette des hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. No. 17. 29. April 1906.*

Im Anschluss an ein Gesichtserysipel zeigte das Kind ausser der in der Ueberschrift bezeichneten Affection gleichzeitig eine phlegmonöse Osteo-Periostitis des Warzenfortsatzes und einen subcutanen Abscess des Handgelenks.

BRINDEL.

31) **Van den Wildenberg** (Antwerpen). **Osteomyelitis des Oberkiefers und des Siebbeins mit Empyem der Sinus und der Orbita. (Oteo-myélite du maxillaire supérieur et de l'éthmoïde avec empyème des sinus et de l'orbite.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 10. p. 453. 1906.*

Mittheilung auf der Jahresversammlung der Belg. otorhinolaryngol. Gesellschaft am 10. Juni 1906, über welche ausführlich berichtet wurde.

PARMENTIER.

32) **Fromaget** und **Baraton. Elephantiasis der Augenlider und Oberkieferempyem. (Elephantiasis des paupières et sinusite maxillaire.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 24. 1906.*

Verf. berichten über einen Fall sehr ausgesprochener Elephantiasis des unteren Augenlides nach 18—20 maliger Erkrankung an Gesichtserysipel. Diese

traten in der Zeit der Menopause auf bei einer Patientin, die an einer alten, fötiden Oberkieferhöhleneiterung, wahrscheinlich dentalen Ursprungs, litt. BRINDEL.

33) **Bittner** (Brünn). **Lymphosarkom der Highmorshöhle.** (Aerztlicher Verein, Sitzung vom 26. September 1906.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1906.*

Operative Entfernung, bis jetzt (3 Monate) recidivfrei. Die sehr grosse Wundhöhle, die nur theilweise von Knochen, grösstentheils von Weichtheilwänden (Mundschleimhaut) begrenzt war, wurde mit v. Mosetig's Jodoformplombe ausgefüllt. Der Wundverlauf zufriedenstellend. HANSZEL CHIARI.

34) **Van den Wildenberg** (Antwerpen). **Cyste des Sinus maxillaris. (Kyste du sinus maxillaire.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 9. 1906.*

Mittheilung der Jahresversammlung der belg. otorhinolaryngol. Gesellschaft vom 10. Juni 1906, über welche ausführlich berichtet wurde. PARMENTIER.

35) **Barton H. Potts. Fremdkörper in der Highmorshöhle. (Foreign body in the maxillary antrum.)** *The Laryngoscope. December 1905.*

Bei der Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Fossa canina aus zeigte sich im Innern der Höhle ein harter, von Granulationen umgebener Körper. Es war das Mundstück einer Tabackspfeife, die bei einem Sturz vom Pferde, den Patient vor 10 Jahren erlitten hatte, ihm in die Oberkieferhöhle gedrungen war.

EMIL MAYER.

36) **F. Chavanne. Hysterische Frontalsinusalgie. (Algie sinusienne frontale hystérique.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 8. 1906.*

Eine Beobachtung zu Gunsten der im Titel angegebenen Diagnose; die Hysterie könnte demnach eine Sinusitis frontalis vortäuschen, sei es, wie in einem Fall von Jacques, indem sie zu gleicher Zeit eine Nasalhydrorrhoe hervorbringt, sei es ohne andere Erscheinung von Seiten der Nase.

Jacqes hatte als diagnostisches Merkmal angegeben: „Die zu verschiedenen Malen festgestellte Abwesenheit von rahmigem Eiter in der Nase und das bleichere, mehr missfarbige und gewaschene Aussehen der allgemein degenerirten Ethmoidalschleimhaut"; man kann da hinzufügen: Die beinahe gleichstarke Intensität der schmerzhaften Steigerung hervorgerufen durch Zwicken der Haut im Niveau des Sinusitis frontalis oder durch tiefen Druck. PARMENTIER.

37) **H. Holbrook Curtis. Zwei gelungene Fälle von Obliteration der Stirnhöhle nach wiederholten Operationen. (Two successful cases of obliteration of the frontal sinus after repeated operations.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1905.*

Obliteration der Höhle ist das bei der Operation der Stirnhöhle anzustrebende Ziel. Wenn man bei der Tamponade mit Geduld und Vorsicht verfährt, so wird dieses Ziel auch bei sehr grossen Höhlen mit ausgedehnten Siebbeincomplicationen erreicht. In dem Fall des Verf. wurde die Operation an Oberkiefer- und Keilbeinhöhle erst vorgenommen, nachdem die Gefahr einer Reinfection durch Obliteration der Stirnhöhle beseitigt war. Verf. wirft dann einige, die Technik der Operation

betreffende Fragen auf. Er hält es für rathsam, von oben zu tamponiren und die Wunde offen zu halten, bis wir mit dem Aussehen der Nase, wie es sich von oben her präsentirt, zufrieden sind. Auch spricht er sich aus verschiedenen Gründen dafür aus, die untere Wand der Höhle zu schonen. EMIL MAYER.

38) C. G. Coakley. **Stirnhöhlenempyem. Diagnose, Behandlung und Ergebnisse. (Frontal sinusitis. Diagnosis, treatment and results.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1905.*

Von 104 Fällen endeten zwei tödtlich; der eine starb in der Narkose, der andere an Pneumonie. In einem Fall besteht $2^1/_2$ Jahr nach der Operation eine Fistel. In zwei Fällen war eine zweite Operation nöthig, bevor es gelang, die Höhle zur Obliteration zu bringen. EMIL MAYER.

39) E. Fletcher Ingals. **Neue Operation und Instrumente zur Drainirung der Stirnhöhle. (New operation and instruments for draining the frontal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1905.*

Die Operation besteht darin, in die natürliche Oeffnung der Höhle eine selbsthaltende Goldtube einzuführen, durch die der Eiter abfliessen und der Patient sich selbst die Höhle ausspülen kann. EMIL MAYER.

40) Wolff Freudenthal. **Weitere Erfahrungen mit Radicaloperation bei Stirnhöhlenerkrankung. (Further experience with radical operations for frontal sinus disease.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1905.*

In einem der mitgetheilten Fälle trat in Folge von Fractur am Foramen opticum, die beim Meisseln durch Contrecoup zu Stande kam, Erblindung ein. Verf. räth, den Kopf des Patienten bei der Operation auf ein elastisches Kissen zu lagern. EMIL MAYER.

41) Richard H. Johnston. **Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of the frontal sinus.)** *American Journal Med. Sciences. November 1905.*

Bericht über einen interessanten Fall von sogenanntem Stirnhöhlenempyem. Zu keiner Zeit konnte Eiter in der Nasenhöhle entdeckt werden. Das Hauptsymptom bestand in Schmerz über dem Auge der erkrankten Seite. Bei der Operation von aussen fand man den Eiter in der Stirnhöhle. A. LOGAN TURNER.

42) George L. Richards. **Persönliche Erfahrungen bei Stirnhöhlenempyemen. (Personal experiences with empyemata of the frontal sinus.)** *American Journal Med. Sciences. November 1905.*

In dieser lesenswerthen Arbeit giebt Verf. einen detaillirten Bericht über 15 von ihm operirte Fälle, aus dem sich interessante Schlüsse über den relativen Wert der verschiedenen Operationsmethoden ziehen lassen. A. LOGAN TURNER.

43) Hajek. **Indication zum operativen Eingriff bei Stirnhöhlenempyemen. (Indication de l'intervention opératoire dans les sinusites frontales.)** *Arch. Intern. de Laryngol. No. I. Januar-Februar 1906.*

Absolute Indication zur Operation besteht: Wenn ausgesprochene Cerebral-

complicationen vorhanden oder zu befürchten sind; ferner, wenn trotz endonasaler Behandlung weder die Kopfschmerzen noch der Eiterausfluss nachlassen. Relative Indication besteht, wenn in Folge endonasaler Behandlung die Kopfschmerzen zwar verschwunden sind, der Eiterausfluss aber bestehen bleibt. BRINDEL.

44) **E. E. Foster. Beschreibung der Killian'schen Stirnhöhlenoperation. (Description of Killian's frontal sinus operation.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. Juni 1906.*

Verf. erklärt das Killian'sche Verfahren allen anderen Operationsmethoden beim Stirnhöhlenempyem überlegen. LEFFERTS.

45) **Cisneros** (Madrid). **Ein Fall von doppelseitigem Stirnhöhlenempyem. (Un caso de sinusitis frontal doble.)** *Bollett. de laringologia. November-December 1906.*

Jeder Sinus maass 7 cm in der Höhe, 6 cm in der Breite und 4 cm in der Tiefe. Fortnehmen der vorderen Wand, Drainage nach der Nase. Heilung. Geringe Deformität. TAPIA.

46) **Scholle** (Moskau). **Ueber Stirnhöhlenempyem bei Kindern im Anschluss an acute Infectionskrankheiten.** *Arch. f. Kinderheilkde. Bd. 44. 1906.*

In zwei Fällen (10jähriger Knabe, 9jähriges Mädchen) handelte es sich um ein Empyem des Sinus frontalis mit in dessen Folge eingetretener eitriger Gehirnentzündung. Im ersten Fall entwickelte sich das Empyem nach Masern und Scharlach, im zweiten Falle nach einer Scharlachinfection. In beiden Fällen waren bedeutende Affectionen des Halses und zwar Nekrosen der Mandeln zu beobachten und im Anschluss an diese stand jedenfalls der Uebergang der Infectionskeime durch den Canalis nasofrontalis in die Stirnhöhle und eine darauffolgende Erkrankung derselben. SEIFERT.

47) **Delsaux. Ein Fall von Mucocele des Sinus frontalis. (Un cas de mucocèle du sinus frontal.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 50. 1906.*

In der Brüsseler klinischen Gesellschaft am 8. December 1906 stellt D. einen Kranken vor, bei welchem eine reine Frontalmucocele (Schleimhautcyste des Sin. frontal.) ohne Communication mit den Nasenhöhlen vorhanden war. Er hatte die vollständige Resection der vorderen und unteren Wand des linken Sin. frontal. vorgenommen, ohne das Siebbein zu berühren, um jede Communication mit der Nase zu vermeiden. Exstirpation der Mucocele; Tumor vom Volumen eines grossen Taubeneis, mit dünnen Wandungen, an der oberen inneren Orbitalwand vorspringend und das Auge nach unten und aussen verdrängend; die knöchernen Wandungen waren papierdünn geworden. Heilung mit einer gewissen Einsenkung der Frontalwand, welche in einiger Zeit mit Paraffin ausgeglichen werden soll. Die Pathogenie ist noch unbestimmt. Bezüglich der Diagnose ist es von Wichtigkeit zu wissen, dass diese Affection nie und nimmer mit Eiterbildung einhergeht, welche für die Sinusitis charakteristisch ist. Die Consistenz und Resistenz (Widerstandsfähigkeit) lassen die Mucocele vom Osteom unterscheiden; die Durch-

leuchtung ist auf der kranken Seite stärker, wegen der Dünnheit der Knochenwandungen. Die Behandlung ist eine chirurgische und muss radical sein.

PARMENTIER.

48) **Lewis A. Coffin. Die Operation von aussen bei Ethmoiditis. (The external operation for ethmoiditis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1905.*

Verf. bevorzugt die äussere Operation vor der endonasalen, weil bei dieser die mittlere Muschel geopfert werden muss, weil die endonasale Behandlung langwierig und schmerzhaft ist und weil gewisse Theile des Siebbeinzellenlabyrinths auf endonasalem Wege nicht erreichbar sind.

EMIL MAYER.

49) **Sebileau** (Paris). **Enchondrom des Siebbeins. (Enchondrome de l'éthmoide.)** *Société de chirurgie. 13. December 1906.*

S. stellt ein kleines Mädchen vor, das er neulich an einem grossen Enchondrom des Siebbeins operirt hat. Der Tumor hatte die Grösse eines Hühnereis. S. hat sich mittelst des von Moure angegebenen Schnitts Zugang zu dem Tumor verschafft.

PAUL RAUGÉ.

50) **Castaneda** (St. Sebastian). **Epitheliom des Siebbeins, sich ausbreitend auf die rechte Kieferhöhle. (Epitelioma ethmoidal propagado al seno maxilar.)** *Bollett. de laringologia. Januar-Februar 1907.*

Bei dem 54jährigen Patienten bestand seit 14 Monaten ein Tumor des Siebbeins, der die ganze rechte Nasenhöhle einnahm, das Septum nach links verdrängte, in die Highmorshöhle hineinragte und die rechte Choane völlig verlegte. Rhinotomie nach dem Moure'schen Verfahren; Extraction des vorderen Theils des Tumors mit der Curette. Der hintere Theil wurde en bloc exstirpirt mittelst einer grossen Pincette. Der Verlauf der Heilung war gut.

TAPIA.

51) **J. W. Gleitsmann. Die Keilbeinhöhle. (The sphenoidal sinus.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Vergl. Verhandlungen der 27. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905.

EMIL MAYER.

52) **J. Passmore Berens. Vergleich der Ergebnisse bei conservativer und radicaler Behandlung der Keilbeinhöhlenerkrankung. (Comparative results of conservative and radical methods of treatment of disease of the sphenoid sinus.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Vergl. Verhandlungen der 27. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1905.

EMIL MAYER.

53) **E. Delnessville. Ein Fall von Augencomplication bei einer Sphenoidalsinusitis. (Un cas de complication oculaire de sinusite sphénoïdale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1906.*

Mittheilung auf der Versammlung der belg. otolaryngol. Gesellschaft am 10. December 1905, über welche seinerzeit berichtet wurde.

PARMENTIER.

54) **St. Clair Thomson. Complicationen von Seiten des Gehirns und Auges bei Keilbeinhöhlenempyem. (Cerebral and ophthalmic complications of spenoidal sinusitis.)** *Trans. Medical Society of London. 1905. Brit. Medical Journal. 14. October 1905.*

Der Artikel basirt auf der Beobachtung zweier Fälle, bei denen der nekroskopische Befund vorliegt. In dem einen Fall war Meningitis, in dem andern eine Thrombose des Sinus cavernosus vorhanden. Es wird die Symptomatologie und Therapie des Keilbeinhöhlenempyems erörtert. WAGGETT.

c. Mundrachenhöhle.

55) **L. Vanier. Der Facialis und die motorische Innervation des Gaumensegels. (Le facial et l'innervation motrice du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1906.*

Anatomische und historische Studie. Verf. gelangt zu dem Schlusse, dass der Facialis nichts mit der motorischen Innervation des Gaumensegels zu thun hat. A. CARTAZ.

56) **C. D. Fillebrown. Eine neue Methode der Staphylorrhaphie. (A new method of staphylorrhaphy.)** *Vermont Medical Monthly, Burtingtou. 15. December 1906.*

F. glaubt eine Methode der Gaumennaht erfunden zu haben, die eine leichte Annäherung und Vereinigung der Gaumenfragmente erlaubt, ohne dass die tiefen seitlichen Incisionen und die Durchtrennung der Muskeln nöthig ist. Die Methode ist nur für Spalten des weichen Gaumens anwendbar. EMIL MAYER.

57) **R. W. Murray. In welchem Alter soll eine Gaumenspalte geschlossen werden? (At what age should a cleft of the palate be closed?)** *Pediatrics. Februar 1907.*

M. schlägt vor, mit der Operation zu warten, bis das Kind zwischen 2 und 3 Jahren alt ist und dann in einer Sitzung die Gaumenspalte völlig zu schliessen. EMIL MAYER.

58) **Vues. Ulcerirtes Gumma des Gaumensegels. (Gomme ulcerée du voile du palais.)** *La Policlinique. No. 7. 1906.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 9. März 1906 stellt V. eine Frau mit einem ulcerirten Gumma des Gaumensegels vor. Nichts von Belang. BAYER.

59) **H. Fred Lange Ziegel. Ein Fall von Perforation des weichen Gaumens in Folge tertiärer Syphilis; Staphylorrhaphie. (A case of perforation of the soft palate due to tertiary syphilis; staphylorrhaphy.)** *N. Y. Medical Record. 1. December 1906.*

Mittheilung eines Falles. LEFFERTS.

60) **Ravasa** (Barcelona). **Grosse Perforation des Gaumensegels mit Hg geheilt. (Gran perforacion del velo curada con mercurio.)** *Revista Barcelonesa de laringologia. No. VII.*

Beschreibung eines Falles. TAPIA.

61) **Berini** (Barcelona). **Syphilitische Ulceration des knöchernen Gaumens. (Ulceracion sifilitica del paladar oseo.)** *Revista di medicina y cirurgia Barcelona. Juli 1906.*

Die Ansteckung soll in diesem Fall auf folgende Weise zu Stande gekommen sein: Die 67jährige Patientin, eine Wäscherin, zog, als sie die Wäsche eines Syphilitischen wusch, ihr Brod aus der Tasche, brachte sich mit der Rinde des Brods eine Erosion am Gaumen bei und diese führte zur Entstehung der Ulceration.

TAPIA.

62) **Bonnette. Vollkommene Verlöthung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand. (Soudure complète du palais à la paroi postérieure du pharynx.)** *Gazette des hôpitaux. 11. April 1907.*

Gaumensegel und hintere Rachenwand sind durch bindegewebige und muskulöse Stränge mit einander verlöthet. Die Störungen des Patienten bestehen darin, dass die Athmung reine Mundathmung geworden ist und Husten besteht. Ferner ist Ozaena vorhanden.

GONTIER DE LA ROCHE.

63) **R. Hahn** und **Anselmo Sacerdote. Cystisches Fibroepitheliom des Rachengewölbes. (Fibro-epithéliome de la voûte pharyngée.)** (Arbeit aus dem Institut für allgemeine Pathologie der Turiner Universität; Prof. B. Morpurgo.) *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 10 u. 11. p. 433 u. 496.*

Sehr eingehende klinische (Hahn) und histologische (Sacerdote) Studie eines langsam (10 Jahre) wachsenden, im Rhinopharynx sich entwickelnden und in die Schädelhöhle eindringenden Tumors, der durch seine anatomischen Eigenschaften von allen Tumoren der gleichen Gegend, die in der Litteratur niedergelegt sind, differirt. Die histologische Untersuchung liess auf einen „cystischen Fibroepithelaltumor" schliessen. Die von demselben bedingten Symptome haben eine ganz specielle Bedeutung wegen der nervösen Elemente in Bezug auf den Tumor der Schädelhöhle und weil angesichts der Cystenbildung der beobachtete Symptomencomplex einen ganz besonderen Wirkungsmechanismus verräth; schliesslich war derselbe noch interessant wegen seiner relativen Gutartigkeit, insofern, als seine äussere Portion nur die einfachen Erscheinungen einer Nasenobstruction veranlasste, während seine innere Portion das 6. rechte Paar, sodann das linke sechste Paar und hernach den 2. und 3. Ast des rechten Trigeminus und den linken Sympathicus ergriffen hatte. Die Abwechslung zwischen Kopfschmerz und schweren Symptomen hängen von der Anfüllung oder der Entleerung der Cyste ab.

PARMENTIER.

64) **Broeckaert** und **Léon La Roy. Lymphosarkom der Mandel im Gefolge eines latenten Magensarkoms. (Lymphosarcome de l'amygdale consécutif à une sarcome latent de l'estomac.)** *Annal. de la Soc. de Méd. de Gand. IV. Fasc. 1906.*

Latentes Magensarkom, welches die Veranlassung zu einem voluminösen Tumor der Mandel war, welch' letzterer allein die Aufmerksamkeit auf sich gezogen hatte, indem er sich als primärer Tumor darstellte. Bekanntlich sind die metastatischen Mandelsarkome eine Seltenheit, während dies nicht der Fall ist bei

den primitiven Mandelsarkomen. Nach einer eingehenden Beschreibung des Falles — eines 83jährigen Greises — und genauer Mittheilung des nekroskopischen Befundes, sowie des Resultats der makroskopischen und histologischen Untersuchung des Mandeltumors, sowie der Lymphdrüsentumoren und der Magengeschwulst, kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die minutiöse Untersuchung des Verdauungsapparates sich in allen Fällen von Lymphosarkom der linken Mandel auferlege, ehe man zu einem operativen Eingriff schreitet.

BAYER.

65) **Eduard Richter** (Plauen i. V.). **Ueber eine neue Methode der Fibromentfernung betreffend Rachendachenfibrom.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1907.*

Die Methode des Verf.'s besteht in einer „Drahtdrehungsunterbindung" und folgender „Drahtsägung". In dem berichteten Falle legte Autor eine Drahtschlinge um den Tumor, indem er die Schlinge durch das Cavum nasi in den Nasenrachenraum einführte, digital im Nasenrachen möglichst an die Tumorbasis hinaufführte und nun durch die Drehung des Drahtes eine Abbindung des Tumors erzielte und so gewissermaassen den Tumor aus einem breitbasigen in einen gestielten verwandelte. Die Schlinge blieb nach Abnahme des Schlingenführers liegen. Eine zweite hierauf unterhalb der ersten um den Tumor herumgeführte Schlinge verwandte Autor zum „Sägen", indem er nach Abnahme des Schlingenführers mit den frei aus der Nase heraushängenden Drahtschenkeln Sägebewegungen machte und dadurch den Tumor in ca. 10 Minuten unter geringer Blutung durchsägte, so dass er frei auf die Zunge des Patienten herabfiel. Die erste Drehschlinge blieb 6 Wochen lang in der Nase liegen und wurde dann mit einem Ruck entfernt. Blutung geringfügig, Beseitigung der „Nasenschwellungen und nasalen Gewächsausläufer" mit Electrokaustik. Kein Recidiv.

HECHT.

66) **Goris. Beitrag zur Exstirpation maligner Mundtumoren. (Contribution à l'extirpation des tumeurs malignes de la bouche.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chirurgie. No. 4. 1906.*

G. zeigt in der belgischen Gesellschaft für Chirurgie im April 1906 die Präparate von 4 von ihm operirten Fällen vor.

1. Das Wangenepitheliom eines 56jährigen Mannes sammt Lymphgefässstrang im Zusammenhang mit den infiltrirten Submaxillarlymphdrüsen.

2. Das Epitheliom eines 46jährigen Mannes, welches ein Drittel der Zunge einnahm, mit Lymphgefässstrang im Zusammenhang mit der von infiltrirten Lymphdrüsen umgebenen Submaxillardrüse in einem Stück.

3. Das Sarkom eines 16jährigen jungen Mannes, vom rechten Unterkiefer herstammend, mit Lymphgefässstrang im Zusammenhang mit der Submaxillardrüse von infiltrirten Lymphdrüsen in einem Stück.

4. Ein kleines Lippenepitheliom mit seinem Lymphgefässstrang im Zusammenhang mit den Submaxillarlymphdrüsen, den Lymphdrüsen am Musculus mylohyoid., an der Vena jugularis interna etc., welche letztere nicht in einem Stück mit herauspräparirt werden konnte, wegen der Feinheit des subjugularen Bindegewebes, welches einriss.

Die Affection bestand seit 3 Jahren.

BAYER.

67) **Spisharny** (Moskau). **Zur Frage der Pharyngotomia suprahyoidea.** *Centralblatt f. Chirurgie. No. 4. 1907.*

Bei einem Fall von Carcinom der unteren Hälfte des rechten Gaumensegels, der hinteren seitlichen Parthie der Zunge, an der seitlichen Rachenwand sich herabstreckend combinirte Verf. die Pharyngotomia suprahyoidea mit einem Schnitt durch die Wange, um den Tumor von der Mundhöhle aus zu entfernen.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

68) **C. Fraenkel. Der Nachweis des Toxins in dem Blute des Diphtheriekranken.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1907.*

Verf. prüfte die Ergebnisse Uffenheimer's über die örtliche Einwirkung des von Diphtheriekranken stammenden Serums, das Kaninchen unter die Bauchhaut eingespritzt wurde, nach und fand unter 22 von 23 Thieren nicht die geringste Veränderung — im Gegensatz zu Uffenheimer. Ohne eine Deutung für diese widersprechenden Resultate geben zu können, weist Autor auf die Thatsache hin, „dass die Ansammlung des Giftes der Löffler'schen Stäbchen im Blute der von der Diphtherie befallenen Menschen keine so erhebliche ist, um sie auch bei der Uebertragung kleiner Mengen des Serums auf Meerschweinchen zu erkennen zu geben. Von einer Verwendung des hier in Rede stehenden Verfahrens zu praktischen Zwecken kann daher gewiss nicht die Rede sein.“

H. HECHT.

69) **Delfosse. Kehlkopfdiphtherie von langer Dauer. (Diphtérie laryngée de longue durée.)** *Journal de scienc. méd. de Lille. September 1906.*

Ein $3^1/_2$jähriges Kind erkrankte an Diphtherie des Rachens und Kehlkopfs. Trotz Injection grosser Serummengen blieben die Diphtheriemembranen bestehen und man musste den Tubus 11 Tage lang liegen lassen.

A. CARTAZ.

70) **Collet. Die pseudomembranöse Laryngitis beruht nicht auf dem Löffler'schen Bacillus. (La laringite pseudo-membraneuse n'est pas due au bacille de Löffler.)** *Sciences médicales de Lyon. 26. April 1907.*

Im Gegensatz zu Marfan hat Verf. wiederholt die in den Intubationsröhren angesammelten Membranen untersucht und niemals den Löffler'schen Bacillus bei der Laryngitis pseudo-membranacea gefunden.

GONTIER DE LA ROCHE.

71) **P. Dhomont. Das Schicksal der Tracheotomirten. (L'avenir des opérés de trachéotomie.)** *Soc. de méd. de Paris. 9. Januar 1907.*

Um die Frage zu studiren, ob tracheotomirte Individuen leichter als andere Lungenaffektionen acquiriren, hat Verf. über das Schicksal aller vor Anwendung des Serums in den Jahren 1884—1895 tracheotomierten Personen Nachforschungen angestellt. Das Ergebniss seiner sich auf 30 Fälle erstreckenden Erfahrung zeigt, dass die Tracheotomirten nicht mehr Aussicht zu haben scheinen, früh zu sterben als andere Personen.

Tessier sagt in der Discussion, dass er ungefähr 10 Operirte hat verfolgen können, von denen 4 im Alter von 12—20 Jahren an Tuberkulose gestorben sind.

A. CARTAZ.

72) **J. Kovács** (Szegedin, Ungarn). **Dürfen wir in der Privatpraxis intubiren?** *Gyógyászat. No. 37. 1906.*

Die Frage wird, auf 52 Fälle gestützt, bejahend beantwortet.

v. NAVRATIL-POLYAK.

73) **Hans Hanss** (Limburg a. d. Lahn). **Primäre und secundäre Ursachen des erschwerten Décanulements in der Serumzeit.** *Münchener med. Wochenschr. No. 12. 1907.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

H. HECHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

74) **F. Lenzzi. Eine eigenthümliche Thyreo-hyoidarticulation. (Una singolare articolazione tiro-joidea.)** *Bolletino delle Società di Naturalisti in Napoli. 1905.*

Es handelte sich um einen 70jährigen Mann, bei dem eine Articulation bestand zwischen einer anormalen Apophyse des oberen rechten Randes des Schildknorpels — einer Apophyse, die unabhängig und getrennt vom grossen Schildknorpel war — und dem unteren Rand des Zungenbeinhornes. Verf. betrachtet diese Fälle als Entwicklungshemmung.

FINDER.

75) **Tetens Hald. Ein seltener Fall von vermuthlich angeborener Luxation des Aryknorpels. (A rare case of presumably congenital luxation of the arytaenoid cartilage.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juni 1906.*

Es handelt sich um ein 14 Jahre altes Mädchen, das nach Angabe seiner Mutter seit der Geburt heiser war, niemals aber beim Sprechen oder Schlucken Schmerzen gehabt, noch jemals an Dyspnoe oder Husten gelitten hat. Im Laufe des Jahres 1905 wurde Patientin zweimal wegen Rheumatismus im Krankenhaus behandelt. Während ihres ersten Aufenthalts daselbst wurde sie plötzlich stockheiser und dyspnoisch. Man fand bei der laryngoskopischen Untersuchung ausser den Erscheinungen einer acuten Laryngitis folgendes Bild: Die rechte Kehlkopfhälfte war völlig normal, die linke Wand des Vestibulum laryngis nebst dem linken Aryknorpel war in die Kehlkopfhöhle in fast horizontaler Stellung hineingedreht und bedeckte die hintere Hälfte der Rima glottidis und das linke Taschenband. Die linke Cartilago corniculata und cuneiformis zeichneten sich deutlich ab. Als man versuchte, mittelst einer Sonde die Deformität zu corrigiren, fühlte man einen ziemlich festen Widerstand und liess man die Knorpel wieder los, so gingen sie in ihre frühere Position wieder zurück. Der obere Rand des Ringknorpels schien auf der linken Seite mehr hervorzuragen, als auf der rechten. Das linke Stimmband blieb total unbeweglich in leichter Abductionsstellung während der Respiration und Phonation; während dieser erschien es etwas gekrümmt und schmäler, als das rechte. Das rechte Stimmband erreicht das linke bei der Phonation nicht, aber die Spitze der linken Cartilago corniculata drang ein wenig in das rechte Taschenband hinein und der Aryknorpel und Cart. cuneiformis der rechten Seite wurden etwas gegen das Larynxlumen zu gepresst, so dass dieser Theil der rechten Vestibularwand fest gegen den dislocirten oberen Theil der linken Wand gedrückt

war und sie zum Theil bedeckte. Die Behandlung in solchen Fällen, in denen der Knorpel bewegt werden kann, besteht in dem Versuch, ihn mit einer Sonde oder mit einem anderen geeigneten Instrument zu reponiren, die Veränderungen an den Gelenkflächen und ihrer Umgebung machen jedoch gewöhnlich ein gutes Resultat unmöglich. LEFFERTS.

76) **Henry P. Moseley. Rheumatische Anchylose im Crico-arytaenoidgelenk. (Rheumatic cricoarytaenoid anchylosis.)** *N. Y. Medical Journal. 15. September 1906.*

Verf. berichtet über einen Fall von Cricoarytenoidanchylose und schliesst daran Erörterungen über den rheumatischen Ursprung solcher Affectionen. Er ist im Stande gewesen, in der Literatur nur 10 Fälle von rheumatischer Arthritis des Crico-arytanoidgelenks ausfindig zu machen. In seinem eigenen Fall liegen die Verhältnisse folgendermaassen: Das Gelenk war absolut unbeweglich. Bei der Phonation bewirkte der Druck des normalen Aryknorpel gegen den gesunden keine Dislocation des letzteren, was der Fall sein müsste, wenn es sich um eine Nervenlähmung handelte. Das geschwollene Aussehen des Gelenks blieb Monate lang unverändert. Auch die normale Spannung des Stimmbandes sprach gegen eine Lähmung. Da Pat. öfter an Rheumatismus gelitten hat, so nimmt Verf. beim Fehlen jedes anderen auffindbaren causalen Moments einen rheumatischen Ursprung der hier bestehenden Veränderung an. LEFFERTS.

77) **L. Napoleon Boston. Typhusfieber durch Infiltration des Kehlkopfes und Glottisödem complicirt. (Typhoid fever complicated by infiltration of the larynx and oedema of the glottis.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1907.*

Am 17. Krankheitstage zeigte sich bei dem Patienten ein croupöser Husten, der ihm erhebliche Beschwerden machte, einen paroxysmalen Charakter mit metallischem Beiklang hatte; auch bestand etwas Dyspnoe. Noch nach 5 Wochen war der Husten vorhanden. Acht Wochen nach der Aufnahme in das Krankenhaus zeigte sich plötzlich ausgesprochene Cyanose und erschwerte Athmung. Es fand sich deutliches Oedem der Glottis. Sofort vorgenommene Intubation schaffte dem Pat. etwas Erleichterung. Doch musste die Tube jede Stunde von dem in ihr angesammelten Schleim gereinigt werden. Es wurde daher die Tracheotomie gemacht. Wiederholte Untersuchung ergab Infiltration der Kehlkopfschleimhaut und Glottisoedem. Nirgends waren Ulcerationen vorhanden. LEFFERTS.

78) **Capart jr. Diverticulum des Kehlkopfes. (Diverticule du larynx.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 33. 1906.*

In der Anatomopathologischen Gesellschaft, am 22. Juni 1906 zeigt C. einen ziemlich seltenen Fall von Kehlkopfdivertikel vor in Form eines Handschuhfingers, dessen Wand unter dem Einfluss von Druckveränderungen der Larynxluft sich umstülpen kann. Seine plötzliche Ausdehnung im Sinne der Glottisöffnung kann Asphyxie hervorrufen. Aehnliche Divertikel normalen Vorhandenseins sind bei gewissen Arten von Affen beschrieben worden. PARMENTIER.

79) **E. Labarre. Ventricularlaryngocele. (Laryngocèle ventriculaire.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1906.*

Beobachtung eines Diverticulum ventriculi, welches wie eine Cyste aussah, in dem aber eine lufthaltige Tasche gefunden wurde, die Virchow als Ventricularlaryngocele beschreibt; dieselbe bildet eine sackförmige Dilatation des Morgagnischen Ventrikels. Entfernung mit der galvanocaustischen Schlinge. Historisches über diese Frage. Pathogenese dieser Geschwülste.

PARMENTIER.

80) **Noval H. Pierce. Kehlkopfphlegmone. (Laryngeal phlegmon.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Pat. starb 5 Tage nach dem Auftreten der ersten Halsschmerzen.

EMIL MAYER.

81) **Meinetrier** und **Clunet** (Paris). **Acute Larynxphlegmone durch Enterokokken bei einer $8^1/_2$ Monat schwangeren Frau. Tracheotomie. Heilung. Spontane Frühgeburt. Enterokokkenseptikaemie beim Kind. (Laryngite aigue phlegmoneuse à enterocoques chez une femme enceinte de huit mois et demi. Trachéotomie. Guérison. Accouchement prématuré spontané. Septicaemie à enterocoques chez l'enfant.)** *Semaine médicale de Paris. 12. April 1907.*

Die Laryngitis erreichte ihren Höhepunkt am vierten Tage. Der tödtliche Ausgang wurde durch die Tracheotomie in extremis vermieden. Die bacteriologische Untersuchung des durch die Tube ausgehusteten Eiters und der kindlichen Eingeweide ergab die Anwesenheit des Thiercelin'schen Enterococcus.

GONTIER DE LA ROCHE.

82) **G. R. Crawford. Bericht über einen Fall von Kehlkopfabscess. (Report of a case of abscess of the larynx.)** *Halifax Nova Scotia Medical News. Januar 1907.*

Es handelte sich augenscheinlich um posttyphöse Perichondritis des Kehlkopfes. Exitus trat ein, weil die Tracheotomie aufgeschoben wurde.

EMIL MAYER.

83) **Castex. Die forensische Begutachtung des Kehlkopfs. (L'expertise médicolégale pour le larynx.)** *Bull. de laryngol. 30. Juni 1904.*

Untersuchungen über einige Fälle von Kehlkopfverletzungen, die eine gerichtsärztliche Begutachtung nothwendig machten.

A. CARTAZ.

84) **Paul Reclus** (Paris). **Verwundungen des laryngo-trachealen Rohrs mittels schneidender Instrumente. (Plaies par instruments tranchants du conduit laryngo-trachéal.)** *Bull. Medical. 13. Januar 1905.*

Anlässlich eines von ihm beobachteten Falles setzt Verf. die Indicationen für die Behandlung der laryngo-trachealen Wunden fest: Er ist in allen Fällen, wo es sich um eine frische Wunde handelt, für sofortigen Schluss derselben. Die präventive Tracheotomie soll nur gemacht werden, wenn es sich um imminente Erstickungsgefahr handelt, andernfalls soll man sie aufschieben, sich aber für alle Fälle bereit halten, sie eventuell vornehmen zu müssen.

PAUL RAUGÉ.

85) **De Sanchez Medias** (Sevilla). **Halswunde. Durchschneidung der Trachea und des Schildknorpels. Heilung. (Ferida del cuello. Seccion de la traquea y del cartilago tiroidea.)** *Revista medica de Sevilla. Januar 1907.*

Grosse transversale Wunde der Halsweichtheile mit kleinem Einschnitt in die Trachea, durch welche die Luft hindurchging. Kein Emphysem. Naht der Trachea und der Hautwunde. Heilung ohne Zwischenfälle. TAPIA.

86) **Minich. Fall von eigenartiger Verletzung des Kehlkopfes.** *Orvosi Hetilap. No. 50. 1906.*

19 jähriger Arbeiter wurde durch eine Maschinentransmission am Halse verletzt. In Folge Suffocationserscheinungen Tracheotomie; dessen ungeachtet letaler Ausgang. Bei der Autopsie stellte es sich heraus, dass die Schleimhaut des Kehlkopfes in grosser Ausdehnung abgeschunden war und an der Basis der Epiglottis zusammengerollt haftete. Zwischen der Vorderfläche der Epiglottis und den benachbarten Muskeln, durch Lösung beider Theile von einander, entstand ein Blindsack, welcher mit dem Lumen des Kehlkopfes communicirte. In beiden Lungen Schluckpneumonie als Todesursache. v. NAVRATIL.

87) **Randolph Winslow. Verletzungen und Erkrankungen des Zungenbeins. (Injuries and diseases of the hyoid bone.)** *N. Y. Medical Record. 26. Januar 1907.*

Verf. berichtet über 6 Fälle, von denen er einen selbst beobachtet hat und fünf aus der Literatur gesammelt sind. Es giebt bösartige und gutartige Tumoren des Zungenbeins; beide erforden gründliche Entfernung. Der Fall des Verf. war ein Sarkom des Zungenbeins und Larynx. Verf. excidirte den Tumor des Zungenbeins, der Zungenbasis, des Larynx und eines Theils des Pharynx unter Localanästhesie. Patient starb 2 Monate später an Metastasen. LEFFERTS.

88) **Wendel** (Magdeburg). **Zur operativen Behandlung der Kehlkopfstenosen.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1907.*

Traumatische Längsfractur des Schildknorpels, Heilung mit Verschiebung mässigen Grades, unterhalb der Stimmlippen derbes, queres Diaphragma, das hochgradige Stenose bedingte und nicht gestattete, die Trachealkanüle — es musste gleich nach dem Trauma tracheotomirt werden — zu entfernen. Da verschiedene intralaryngeale Eingriffe erfolglos blieben, wurde mittels Thyreotomie die Stenose beseitigt, die Fractur entsprechend reponirt nnd die Schleimhaut in grösserem Gebiet mobilisirt und angefrischt. Das Resultat war nach jeder Richtung hin ein vorzügliches. Die Kranken- und Operationsgeschichte ist in extenso berichtet. HECHT.

89) **E. J. Moure. Intercrico-thyroid-Tracheotomie und Decanulement. (Intercrico-thyroid tracheotomy and decanulation.)** *Annals of Otology, Rhinology and Largngology. December 1906.*

Die Cricotomie soll nur gemacht werden, wenn es nicht mehr Zeit ist, die eigentliche Tracheotomie auszuführen. EMIL MAYER.

90) **De Cigna. Modification am Handgriff des Mandrins für die Trachealcanüle. (Modificazione al manico del mandrino per canula tracheale.)** *Arch. Ital. 'i Laringologia. IV. 1906.* 0.

Die mit Abbildungen versehene Arbeit schildert eine Modification, mittels deren eine Extraction des Mandrins vereinfacht wird. FINDER.

f. Schilddrüse.

91) **L. Caro. Schilddrüsenresectionen und Schwangerschaft in ihren Beziehungen zu Tetanie und Nephritis.** *Grenzgeb. der Medicin u. Chirurgie. Bd. 17. H. 3 u. 4. S. 447. 1907.*

Im Gegensatz zu der Anschauung von Pineles, dass der Schilddrüsenausfall die chronisch trophischen Störungen der Kachexie, der Epithelkörperchenausfall hingegen die acuten, tödtlichen Erscheinungen bedinge, kommt Caro zu dem Resultate, dass es Pineles in keinem Theile seiner Arbeit gelungen ist, einen zwingenden Beweis für seine These zu bringen und dass eine Reihe von Thatsachen gegen ihn sprechen. Aus den Versuchen Caro's ergiebt sich bei manchen schwangeren Hündinnen die völlige Einflusslosigteit sehr ausgedehnter Schilddrüsenresection (sammt Entfernung der Epithelkörperchen) auf die Entbindung und Gesundheit vor und nach der Geburt. In anderen Fällen treten bei trächtigen Hündinnen nach minder grossen Resectionen vorübergehende Krämpfe auf. Bei der Gravidität sind die Anforderungen an die Schilddrüse im Sinne der Vernichtung giftiger Stoffwechselproducte nicht gleichmässig, sondern nur individuell von Fall zu Fall verschieden und manchmal gesteigert. J. KATZENSTEIN.

92) **J. Peiser. Ueber den Einfluss des Winterschlafes auf die Schilddrüse.** *Zeitschr. f. Biol. Bd. XLVIII. S. 482.*

Die Schilddrüse der Fledermaus am Ende des Winterschlafes zeigte, dass eine grosse Zahl von Follikeln kein Colloid, die übrigen Follikel nur central Colloidkerne enthielten. Diese Erscheinung erklärt Verf. dadurch, dass während des Winterschlafes mehr Colloid abgeführt, als neugebildet wird und deshalb gegen Ende des Winterschlafes das intrafolliculäre Colloid an Concentration eingebüsst und unter dem Einfluss der Fixirung und Härtung zu einem centralen Kern zusammengeschrumpft ist. Die Follikelepithelzellen waren auffallend niedrig, die Zellkerne im Verhältniss zu den Zellen sehr gross. Zwischen den Follikeln waren blutgefüllte Capillaren wahrzunehmen. Aehnlich war der Befund bei der Schilddrüse eines Igels nach dem Winterschlaf. J. KATZENSTEIN.

93) **M. Jaboulay. Thyreoiditis pseudo-neoplastica. (Thyreoidite pseudo-néoplastique.)** *Gazette des hôpitaux. 12. März 1907.*

Anschliessend an einen Fall bespricht Verf. die Differentialdiagnose zwischen Schilddrüsenkrebs und eitriger Thyreoiditis. Er räth im letzteren Falle für Enucleation en masse. GONTIER DE LA ROCHE.

94) **Ausset** (Lille). **Rheumatische Thyreoiditis. (Thyroidite rhumatismale.)** *Société de Pédiatrie. 13. April 1907.*

Es handelt sich um ein Kind, bei dem für das erste Auftreten der Thyreoiditis keine Erklärung zu finden war. Drei Monate später war wieder eine Thyreoiditis vorhanden, diesmal begleitet von einem acuten Rheumatismus des Ellenbogengelenks. Salicyl wirkte prompt.

GONTIER DE LA ROCHE.

95) **Chas. H. Mayo. Kropf. Mit vorläufigem Bericht über 300 Schilddrüsenoperationen. (Goiter. With preliminary report of three hundred operations on the thyroid.)** *Journal of the American Medical Association. 26. Januar 1907.*

Unter den Fällen, die dieser Arbeit zu Grunde liegen, befinden sich 110 von Morbus Basedow mit 9 Todesfällen; von den letzten 64 Fällen endeten nur 2 tödtlich. Was die malignen Geschwülste betrifft, so berichtet Verf. über zwei Sarkome und 6 Carcinome, von denen einer am dritten Tage tödtlich endete. Die Operationen wurden meist in Aethertropfnarkose gemacht. Es wurde ein transversaler Kragenschnitt gemacht. Bei der Exstirpation der Schilddrüse wurde Werth darauf gelegt, die Parathyroiddrüsen zu erhalten, um dem Auftreten von Tetanie vorzubeugen und den Recurrens zu schützen. Dies wurde erleichtert, wenn man die hintere Kapsel der Drüse bei der Exstirpation stehen liess.

EMIL MAYER.

96) **M. B. Tinker. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (The surgical treatment of goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Februar 1907.*

Klinisch theilt T. die Kröpfe in drei Klassen: Solche, in denen die Symptome von dem Druck abhängen, maligne Tumoren und Morbus Basedow. Ermuthigender, als die Resultate der medicamentösen Behandlung sind die der chirurgischen. Ref. empfiehlt locale Anästhesie. Man soll die Parathyroiddrüsen erhalten, um einem Myxödem vorzubeugen. Die Prognose in Bezug auf dauernde Heilung ist gut, ausser bei malignen Erkrankungen und Morbus Basedow.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

97) **Stephen Klein. Die Differentialdiagnose der Dilatationen und tiefen Divertikel des Oesophagus. (The differential diagnosis of dilatations and deep diverticule of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Februar 1907.*

Eine exacte Bestimmung einer Dilatation ist möglich durch die von Strauss angegebene Messungsmethode, von der er eine Beschreibung giebt: Unter den früheren differentialdiagnostischen Methoden erwähnt er ein von Minz aufgestelltes Zeichen. Am meisten angewandt wird die gefensterte Sonde. Dann beschreibt Verf. Rumpel's Versuch mit der Doppelsonde, ihre Modificationen durch Richartz, Starck, Oppler und Zweig. Eine nicht immer sichere Methode ist die Durchstrahlung im schrägen Durchmesser, nach vorheriger Einführung von Wismut.

LEFFERTS.

98) **Hicquet. Münzenentfernung aus dem Oesophagus. (Extraction des pièces de monnaie de l'oesophage.)** *La Policlinique. No. 12. 1906.*

Vergl. Bericht über die Versammlung der Belg. oto-rhino-laryngol. Gesellschaft vom 10. December 1905, in welchem über den Gegenstand referirt ward.

PARMENTIER.

99) **Blondiau. Bezüglich im Oesophagus stecken gebliebener Fremdkörper. (A propos des corps étrangers arrètés dans l'oesophage.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1906.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 1. Juni 1806 erwähnt H. einen Fall, bei welchem er, nachdem ihm der Versuch mit dem Gräf'schen Körbchen misslungen, mit dem Kirmisson'schen Häkchen zum Ziele gelangt war. Er wundert sich darüber, dass man so schnell zur Oesophagotomie greife, da ihm die Extraction der Münzen auf natürlichem Wege immer und sogar noch nach 1 oder 2 Monaten nach dem Verschlucken derselben gelang.

BAYER.

100) **Tapia. Geldstück im Oesophagus. Extraction mittels der Oesophagoskopie. (Moneda detenida en el esofago. Extraccion por medio de la esofagooscopia directa.)** *Siglo Medico. September 1906.*

Dreijähriges Kind. Die Radioskopie zeigt das 5-Centimeterstück in der Höhe des Jugulum. Chloroformnarkose; Rose'sche Lage; Oesophagoskopie; Extraction; Heilung.

TAPIA.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Mittheilungen der Bazanow'schen Klinik für Ohren, Nase und Rachen in Moskau. (Russisch.) 2 Bände.

Der erste Band enthält 737 Seiten Text, 660 Zeichnungen, 5 Tabellen und je eine Photographie und Chromolithographie. Der zweite Band ist noch unvollständig erschienen, enthält 216 Seiten Text, viele Tabellen und Zeichnungen.

Im ersten Bande sind im Ganzen 51 Mittheilungen zum grossen Theile aus der Feder des Directors St. von Stein und seines Mitarbeiters, im zweiten Bande — 8 Arbeiten, die meistentheils Ordinatoren und Assistenten der Klinik zum Autor haben.

Schon diese Angaben thun dar, dass wir hier mit ausserordentlichen Leistungen der Klinik zu thun haben.

Wenn wir noch hinzufügen, dass die Kosten des ersten Bandes allein sich auf 3469 Rubel belaufen, von denen der Director weit über die Hälfte aus eigenen Mitteln bestritten hat, so sehen wir, dass der Leiter der Klinik weder Mühe noch Mittel spart, um seiner Klinik den Ruhm zu erhalten, der ihr schon bei der Gründung zu Theil wurde. Unter den Arbeiten, die aus dieser Klinik hervorgegangen sind und die auch dem genannten Bande das hauptsächliche Gepräge geben, sind die Arbeiten betreffend das innere Ohr, die verschiedenen Gleichgewichts- und andere Störungen, hervorgerufen durch im Allgemeinen wenig erforschte Erkran-

kungen des Labyrinths zu nennen. — Wenn auf diesem dunklen Gebiete allmählich mehr und mehr Licht geschafft wird, so kann mit Recht einen grossen Theil des Verdienstes die Bazanow'sche Klinik für sich in Anspruch nehmen.

Wenn auf dem Gebiete der Rhinolaryngologie nichts Entsprechendes anzuführen ist, so erklärt sich das zum Theil durch den kurzen Zeitraum, der seit der Gründung der Klinik verflossen ist, zum Theil aber auch durch die Eigenthümlichlichkeit der menschlichen Natur, sich einer Idee, einer Richtung hinzugeben. — Wer die Bazanow'sche Klinik besucht hat, der wird trotz des Reichthumes an Ausstattung, trotz der Emsigkeit, die in Bezug auf Präparatensammlung obwaltet, dieses Eindruckes sich nicht erwehren können. Vor allen Dingen werden die Labyrinthe der verschiedensten Thierklassen vorgeführt, darnach die Centrifuge und dann erst alles andere.

Wie dem auch sei, jedenfalls verdient hervorgehoben zu werden, dass auch auf unserem Specialgebiete die politischen Begebenheiten in Russland das wissenschaftliche Interesse nicht haben tödten können. P. Hellat.

---

b) St. Petersburger oto-laryngologischer Verein.

5. Sitzung vom 6. October 1906.

I. Sacher: Demonstration eines Kranken mit einer Kugel im rechten Mittelohr.

II. Litschkus: Demonstration von Verklebung trockener Perforation der Membrana tympani mit gewöhnlichem englischen Pflaster.

III. P. Hellat: Demonstration einer Nasencyste.

Der Fall bietet doppeltes Interesse: Er kann leicht zu Irrthümern führen.

Die Kranke wurde 10 Jahre lang in verschiedenen Anstalten und von freipracticirenden Aerzten behandelt, ohne dass die wahre Natur der Krankheit erkannt worden wäre. In der akadem. Klinik wurde sie galvanokaustisch behandelt, im Makhin. Krankenhause mit chem. Aetzungen, von anderen noch mit Jodkalium, selbstverständlich ohne Nutzen.

2. Die Krankheit ist eine recht seltene. — Bei Heymann wird nichts über dieselbe erwähnt. —

Dass es sich um eine Cyste handelt, kann man leicht bei bidigitaler Untersuchung feststellen. Digitale Untersuchung der Nasenhöhlen wird selten empfohlen. In der That schützt sie vor verschiedenen Irrthümern und erleichtert die Orientirung.

Die Cyste sitzt im linken Nasenflügel vor dem vorderen Ende der unteren Muschel, daher die Verdickung dieses Flügels. Subjective Beschwerden — lancinirende Schmerzen in der linken Augengegend. Mit der Highmorshöhle ist keine Verbindung vorhanden.

A posteriori ist zu erwähnen, dass am 10. October die Cyste eröffnet wurde. Klargelblicher Inhalt von etwa 3 ccm. Vollständige Heilung und Schwund der Schwellung und Schmerzen.

IV. P. Hellat: Vortrag über chronisches Speien.

Die Thesen des Vortrages sind folgende:

1. Chronisches Speien beginnt zufällig, gewöhnlich nach irgend einer Mund- und Rachenkrankheit.

2. Sie äussert ihre Wirkungen hauptsächlich in den oberen Athemwegen.

3. Speichelverlust, hervorgerufen durch chronisches Speien, äussert sich ferner durch Störungen im Nervensystem und führt nicht selten zu echter Psychose.

4. Neurastheniker unterliegen häufiger der Krankheit, aber das chronische Speien ist kein Symptom der Neurasthenie resp. Hysterie.

5. Leichte Fälle können ohne weitere Folgen verlaufen.

6. Schwere Fälle haben gewisse Aehnlichkeit mit Cachexia thyreopriva.

7. Die Symptomatologie lässt sich ungezwungen durch den Verlust der Parotisoxydase erklären.

8. Das Wesen der Krankheit besteht in einer specif. Störung der Gewebs- resp. Zellenernährung, hervorgerufen durch herabgesetzte Oxydation in Folge des Oxydationsverlustes.

9. Die Krankheit mit allen ihren Symptomen hört auf, sobald die Kranken aufhören zu speien.

Nikitin: Alle angeführten Kranken sind zweifellos Neurastheniker. Das Speien ist also blos eine Erscheinungsform derselben. Die schnelle Heilung lässt sich durch Suggestion erklären; in 8—10 Tagen durch blosses Verschlucken des Speichels einen solchen Umschwung hervorzurufen würde kaum gelingen.

Hellat: Von einer Suggestion kann schon deshalb keine Rede sein, weil dieselben Kranken von mir bisher ohne Erfolg behandelt wurden.

Die schnelle Heilung stelle ich mir so vor: Den Organismus, der das nöthige Ferment nicht erhält, kann man mit einem Trinker vergleichen, der keinen Alkohol erhält. Eine geringe Alkoholmenge kann die erlöschenden Lebensgeister wieder erwecken. Der Unterschied besteht nur darin, dass der eine sich einer normaliter nothwendigen Substanz beraubt, der andere die Nothwendigkeit pathologisch hervorruft.

Viele Speier sind freilich auch Neurastheniker, aber diese beiden Krankheiten decken sich nicht.

Schedenebach findet, dass man in den vorgeführten Fällen eine Neurose von den Fällen scheiden müsste, in denen Schleim und Speichel gewöhnlich viel ausgeschieden werde, wie chronischer Nasenrachenkatarrh, Ozaena, Tracheitis, wo man den Kranken zum Schlucken nicht bewegen kann.

Vortragender: Die Erwiderung beruht auf einem Missverständniss. Ich habe von solchen Fällen, wie den angeführten, überhaupt nicht gesprochen.

Iljisch: Hellat führt uns exquisite Krankengeschichten mit nervöser Störung an. Wir haben aber bei unserer gemeinschaftlichen Arbeit auch solche Fälle gesehen, wo das Nervensystem intact erschien und die Kranken nur über beständige Schleimabsonderung und Verstopfung klagten. Um jede psychische Einwirkung zu vermeiden, habe ich solchen Kranken nur angerathen ihren Speichel

zu schlucken. Sobald sie das erfüllten, hörte das Bedürfniss zum Speien auf und die Darmthätigkeit besserte sich.

Jacher: Wir wissen bisher nicht genau, welche Bestandtheile des Speichels am wichtigsten sind. Jedenfalls ist der Speichel ein Secret; es müssen also theoretisch beurtheilt, grosse Speichelverluste unbedingt auf den Organismus so oder anders schädlich wirken. Dem Vortragenden gebührt das grosse Verdienst, dass er das klinisch nachgewiesen hat. Nur möchte ich darauf hinweisen, dass einige Beobachtungen aus dem alltäglichen Leben nicht gut in Einklang zu bringen sind mit dem Vorgetragenen.

Viele Knaben lieben z. B. aus dem Speien sich einen Sport zu machen. Raucher und Tabakkauer speien auch sehr viel, ohne dass gerade von vielem Schaden zu hören wäre.

Vortragender: Ihre Erwiderungen berühren sehr interessante Seiten unserer Frage, auf welche ich aus Zeitmangel nicht hinweisen konnte.

Dass viele Knaben Meister im Speien sind, steht ausser Frage. Es ist aber nicht ausgemacht, wie consequent sie darin sind, auch fehlen uns vorläufig Untersuchungen über die Unschädlichkeit solcher Scherze.

Was Tabakkauer anlangt, so muss ich auf die Untersuchungen von Pawlow und Wulfsohn hinweisen. Jene Autoren wiesen nach, dass bei Vorhandensein von Fremdkörpern im Munde ganz anderer Speichel, viel flüssiger, bereitet wird, der mit der Parotis nichts gemein hat. Jener Speichel kann natürlich ohne Schaden in grossen Mengen entäussert werden.

Levin findet, dass man gegen die Hypothese nicht viel vorführen könne. Er vermisst im Vortrage aber die nähere Ursache zum Speien.

Vortragender: Die erste Ursache ist gewöhnlich ein Zufall, irgend eine Erkrankung in der Mundhöhle, eine Operation etc.

Okunew: Ihre Beobachtungen enthalten unbedingt einen grossen Werth. Sie führen uns in ein Gebiet, das bisher völlig unbeachtet blieb.

Sie wären aber noch werthvoller, wenn der Speichel genau anylisirt und auch die nervöse Störung genauer untersucht worden wäre.

Vortragender ist mit Okunew einverstanden, dass die Untersuchungen nicht vollständig sind. Er weist jedoch darauf hin, dass das Gebiet ein weites Feld bietet, welches viele Beobachter unter sich theilen müssen.

Bomasch fragt an, ob die Entäusserung der Oxydase sich auch beim Körpergewicht bemerkbar gemacht habe.

Vortragender: Die Ernährungsstörung, von der hier die Rede war, ist nicht im gewöhnlichen Sinne zu verstehen, welche mit Herabsetzung des Körpergewichts einhergeht, sondern im tieferen Sinne. Sie betrifft die Ernährungsstörung der Zelle, welche sogar mit Gewichtsvermehrung combinirt sein kann.

6. Sitzung am 3. November 1906.

Levin: Vortrag über das Hineinwachsen des Zahnes in die Nasenhöhle.

Von Seiten der Nase lagen keine Beschwerden vor. Der Zahn wurde als auffälliger Befund entdeckt.

Okunew: Vorstellung des Falles mit Atrophie der Haut bei Ozaena und eines Patienten, bei dem eine Communication mit der linken Stirnhöhle durch einen Fistelgang an der linken Seite der Nase vorlag. Durch Erweiterung des Ductus Pirogowi glaubt Vortragender den Fistelgang heilen zu können.

Hellat: Vorstellung einer Patientin mit einer Cyste in der Gegend der linken Fossa canina. Die Cyste enthält serösen Inhalt.

2. Tumor auf der Zunge (Demonstration).

Fall zur Diagnose: An der vorderen Hälfte seit 2 Jahren Geschwulst. Die Zunge schmerzhaft, an einzelnen Stellen weisslich verfärbt, excoriirt. Syphilis wird negirt. Jodkali bringt keine Veränderung.

Wygotzki. Tumor laryngis (Demonstration).

Der Tumor füllt den rechten Sinus pirif. und verschliesst die Einsicht zu den Stimmbändern, ist höckrig. Halsdrüsen fühlbar. Stimme etwas gedrückt.

Nikitin hält den Zungentumor für eine Leukoplakie. Den Tumor laryngis hält er für ein Larynxpapillom combinirt mit einer bösartigen Geschwulst.

Okunew stimmt für rein bösartige Form.

10. Sitzung am 23. Februar 1907.

Okunew demonstrirt einen Patienten mit einer Zerstörung der Uvula, Ulceration des weichen Gaumens, keine Narben, Infiltration auf der Rachenwand. Packet geschwellter Drüsen am Kieferwinkel.

Okunew hält die Krankheit für tuberculöser Natur.

Hellat hält den Fall nur tuberculose- oder richtiger lupusähnlich. Aber die Härte, wie anch die charakteristische Drüsenschwellung spricht für einen bösartigen Tumor.

Erbstein schliesst sich Hellat an, besonders weil der Allgemeinzustand ein guter ist.

Nikitin zweifelt zwischen Lues und Tumor mal. und hält eine combinirte Behandlung indicirt. Gegen Tumor mal. spreche der gute Allgemeinzustand.

Katz schliesst sich Hellat und Erbstein an, umso mehr als der Vater des Patienten an Oesophoguscarcinom gestorben ist.

Goldstein hält den Fall gleichfalls für malignes Neoplasma.

Iljisch unterstützt die Proposition Hellat's, ein Stückchen zu excidiren.

Hellat. Den Fall muss man als casus inoperabilis betrachten, daher hat die mikroskopische Untersuchung nur einen diagnostischen Werth.

Okunew kann gegen die Tumordiagnose nichts Entkräftendes anführen. Er möchte nur erwähnen, dass er Fälle beobachtetet hat, wo die Diagnose: casus inoperabilis lautet und wo die Trichloressigsäure Heilung brachte. (Die mikroskopische Untersuchung hat die krebsige Natur der Geschwulst bestätigt.)

Hellat. Demonstration einer Patientin mit Durchbruch des Highmorshöhlenempyems auf dem Gesicht neben der Nase. Durch Erweiterung der

Oeffnung, Ausschabung und heisse Durchspülungen wurde der Fall schnell zur Heilung gebracht. Seit der Zeit sind 3 Jahre verflossen und Patientin ist gesund geblieben.

Gordan fragt an, ob es sich nicht um eine Cyste gehandelt habe. Der Durchbruch nach vorne lege diese Vermuthung nahe.

Hellat. Was Anfangs vorgelegen hatte, liess sich später nicht mehr bestimmen. Zur Zeit der Eröffnung war die ganze Highmorshöhle in ein Geschwür verwandelt.

P. Hellat.

---

c) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 30. October 1906.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. A. Lipscher: Empyem der Siebbeinzellen, complicirt mit orbitaler Phlegmone.

66jähriger Patient. Linkes oberes Augenlid mächtig angeschwollen; durch eine 5 cm lange Incision entleert sich Eiter. Bulbus nach aussen und unten dislocirt, Pupille reactionslos, keine Lichtempfindung. Conjunctiva des unteren Augenlides stark prolabirt. Linke Nase voll Eiter, untere und mittlere Muschel stark geschwellt. Am harten Gaumen linkerseits eine fluctuirende Geschwulst, durch eine Zahnlücke des Alveolus gelangt man mit der Sonde in die Highmorshöhle.

Resection des Vorderendes der mittleren Muschel und Curettage der vorderen Siebbeinzellen. Ausspülung der Highmorshöhle durch den Alveolus, wobei sich mässiger Eiter entleert. Nach den Nasenoperationen verschwand die Orbitalphlegmone vollständig; das Sehvermögen kehrte nicht zurück.

2. A. Lipscher: Operirter Fall eines Nasentumor.

Bei der Patientin obturirt ein ziemlich harter, beweglicher Tumor die ganze rechte Nasenhälfte. Die Geschwulst sass scheinbar oberhalb der mittleren Muschel auf breiter Basis und zeigte nach patho-histologischer Untersuchung durchaus fibröses Gewebe.

Sitzung vom 27. November 1906.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. A. v. Irsay: Subglottisches Gumma.

Die Kranke machte in den letzten Jahren eine Lues und mehrere Inunctionscuren durch. Seit 2 Monaten stellen sich bei ihr Heiserkeit und successive zunehmende Athemnoth ein. Unter dem hinteren Drittel des linken Stimmbandes subglottisch ein kleinhaselnussgrosser, rundlicher, glatter Tumor von graurother Farbe. Nach 6 intramusculären Injectionen von 2—3proc. Sublimatlösung verliess die Kranke geheilt das Spital, 4 Wochen nach ihrer Aufnahme.

2. A. v. Irsay: Tumor septi narium.

Die Kranke hat auf der rechten Seite des Septum narium eine zwanzighellerstückgrosse, harte, mit aufgeworfenen Rändern und schmutzigem Belag versehene Geschwulst. Das klinische Bild sprach für Malignität der Geschwulst, die histologische Untersuchung constatirte aber nur ein einfaches Granulationsgewebe.

3. A. v. Irsay: Zwei Fälle von Nasenrachentumor.

Demonstrirt zwei Präparate von Fibromen des Nasenrachenraumes.

4. A. v. Irsay: Fall von Lupus der Nase.

Bei der Patientin sind in der rechten Nasenöffnung Lupusknötchen, theilweise exulcerirt, nebst Granulationen und Narbenbildung. Auf der Haut des rechten Nasenflügels einige Knötchen.

5. A. v. Irsay: Diffuses Papillom des Kehlkopfes.

Sowohl die Taschenbänder als die Stimmlippen sind in ihrer ganzen Ausdehnung mit Papillomen bedeckt. Schweres Athmen. Exstirpation der Papillome mittelst Laryngofissur wird beabsichtigt.

6. Polyák: Diaphragma nasopharyngis.

Bei der 44jährigen Patientin besteht seit 4 Jahren fortschreitende Nasenverstopfung. Bei hinterer Rhinoskopie ist ein dickes, membranöses Gebilde sichtbar, welches zwischen Rachendach, Rosenmüller'schen Gruben und Velum ausgespannt liegt und die Choanen ganz verdeckt. P. fasste die Membran von vorne beiderseits mit scharfen Löffelzangen und riss sie durch; die Reste löste er dann mit dem Finger im Nasenrachenraume.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte weder für Lues, noch für Tuberculose oder Sklerom Charakteristisches.

Sitzung vom 29. Mai 1906.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. E. v. Navratil: Fall von Plastik der vorderen Kehlkopfwand.

Der 30jährige Kranke durchschnitt sich im Juni 1902 in selbstmörderischer Absicht den Kehlkopf im Niveau der Stimmbänder. Grosser Blutverlust, Ohnmacht. Nach Belebung Tracheotomie, Naht der klaffenden Wunde; in Folge von Infection Eiterung und bedeutender Substanzverlust der vorderen Kehlkopfwand. Der Kranke wurde in eine Irrenanstalt überführt, wo man die Canüle entfernte. Nach Schliessung der Trachealöffnung trat jedoch grosse Athemnoth auf, weshalb man abermals eine Canüle in die Kehlkopfwunde einlegte.

Den 15. Mai 1905 wurde Patient auf v. Navratil's Abtheilung gebracht. Am 18. Juni Tracheotomia inferior. Dann Plastik: Der Defect wurde mit von beiden Seiten des Halses gebildeten grossen umgestülpten Lappen bedeckt. Heilung per primam. Vollkommene Schliessung der Wunde. Die Canüle wurde am 2. December 1905 entfernt. Der Kranke schluckt vorzüglich und spricht vernehmbar.

2. A. Lipscher: Operirter Fall von Lymphangioma pharyngis.

Beim Kranken wurde in Folge eines faustgrossen, Erstickungsanfälle verursachenden, Lymphangioms des Rachens die tiefe Tracheotomie ausgeführt und hernach die Geschwulst mittelst eines von Prof. v. Navratil construirten Instrumentes (emporte-pièce) radical entfernt. Es zeigte sich kein Recidiv mehr. Die Canüle konnte entfernt werden; Patient schluckt und athmet vollkommen frei. Die gesammten entfernten Geschwulsttheile erreichten die Grösse zweier Mannesfäuste.

3. E. Baumgarten: Einseitige, wahre, knöcherne angeborene Choanalatresie.

In der Ebene der hinteren rechten Nasenöffnung eine vollständig abgeschlossene knöcherne Wand. Das Diaphragma wurde theilweise mit Bohrer, Meisseln und Zangen entfernt.

v. Navratil.

---

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. April 1906.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Davis: 1. Fall von plötzlichem Verlust der Stimme.

43jähriger Mann ohne irgend welche Anzeichen von Tuberculose oder Syphilis, der vor 14 Tagen im Anschluss an eine Erkältung plötzlich die Stimme verlor; man fand die linke Stimmlippe fixirt. Es bestehen keine Zeichen von Aortenaneurysma oder anderer Erkrankung im Thorax.

2. Fall von Nasenobstruction nach Auftreten einer Facialislähmung.

Unter elektrischer Behandlung trat Besserung ein.

Babes meint, dass für die Nasenverstopfung zum Theil eine Septumverbiegung verantwortlich sei.

William Hill hat einen Fall partieller Facialislähmung beobachtet, in dem Patient gleichfalls über Nasenverstopfung klagte. Die Beschwerden wurden beseitigt durch eine Celluloideinlage.

Waggett: Fall von Fehlen der rechten Choane.

Fortsetzung der Discussion aus der vorigen Sitzung.

Ueber den Gebrauch der Bezeichnungen Choane und hinteres Nasenloch sprechen Donelan, Babes und Spicer.

Waggett betont nochmals die interessante Thatsache, dass, obwohl meist angeborener Verschluss der rechten Choane besteht und die rechte Nasenhälfte niemals an der Athmung theilgenommen hat, die übrigen Theile der Nase sich vollkommen normal entwickelt haben und beide Gesichtshälften durchaus symmetrisch sind. Der Gaumen war völlig wohlgebildet, zweifellos, weil die Athmung durch die linke Seite ausgeglichen wurde.

Zur Zeit sind adenoide Vegetationen und ein Katarrh vorhanden. Vor drei Monaten hat Patient eine doppelseitige Otitis media mit Perforation durchgemacht,

Dundas Grant hat im December 1893 einen Fall von Verschluss einer Choane mit mangelhafter Entwickelung des Gesichts auf der entgegengesetzten Seite gezeigt.

Baker hat einen ähnlichen Fall mitgetheilt; der Verschluss war ein häutiger, aber completer.

Lambert Lack: Obwohl die rechte Nase verschlossen war, war die Deformität des Gaumens und der Zähne auf beiden Seiten gleich. Er ist der Ansicht, dass diese Deformitäten zu Stande kommen durch die vermehrte Spannung der Weichtheile der Wange und dass diese gleichzeitig auf das Gesichtsskelett wirkt, was auch immer der Grund für die Mundathmung sein möge. Er hat neulich einen Fall von asymmetrischer Deformität bei einem Mundathmer gezeigt, wo die Asymmetrie durch das Bestehen einer Facialislähmung bedingt war.

Scanes Spicer meint, sorgfältige Messungen würden zeigen, dass das Gesicht bei diesem Patienten thatsächlich nicht symmetrisch und dass die linke Wange breiter sei und die Augen nicht gleichmässig. Die Physiognomie war ungewöhnlich und seltsam. Ziem (1883) hat Nasenathmung nur als einen Factor in der Entwickelung des Gesichts erwähnt.

Der Vorsitzende hat zwei Fälle von einseitigem und einen von doppelseitigem Choanalverschluss beobachtet. Es bestand keine Gesichtsasymmetrie.

Logan Turner erinnert an einen Fall von Asymmetrie, der im Edinburgh Medical Journal November 1905 erwähnt wird.

Davis hält in vorliegendem Fall die linke Wange für breiter.

Waggett hält in erster Linie für die Formation der Mundhöhle die Zunge wesentlich und meint, dass dieses Organ zusammen mit den Kaumuskeln (Masseteren etc.) die Gestalt des Gesichtsskelettes bestimmt. Der plastische Einfluss dieser Muskelaction wirkt unter normalen Verhältnissen die 24 Stunden des Tages ununterbrochen; wo aber Mundathmung besteht, kann die Zunge nicht mehr diese Wirkung entfalten und das Resultat ist dann die sogenannte Spitzbogenform des Gaumens.

Watson: Fall von Ulceration der linken Stimmlippe (zur Diagnose).

Smurthwaite: Instrumente zur submucösen Septumresection.

Elevatorium, Messer zum Durchschneiden des Knorpels.

St. Clair Thomson: Fall von Stenose des Larynx.

Es handelte sich um ein 16jähriges Mädchen, bei dem die Diagnose schwankt zwischen doppelseitiger Lähmung und functionellem Adductorenspasmus. Pat. schläft ohne Stridor, der nur auftritt, wenn sie erregt wird. Th. hält den Fall für einen functionellen.

Spicer, Grant, Smurthwaite schliessen sich dieser Ansicht an.

De Santi erinnert an einen ähnlichen Fall, bei dem die Abduction der Stimmlippen schliesslich folgendermaassen zu Stande gebracht wurde: Pat. musste so lange ein „e" anhaltend phoniren, bis die Erschöpfung sie zwang, tief Luft zu holen. Unter Chloroform verschwand der Stridor.

Logan Turner: Präparate und Zeichnungen von krankhaften Zuständen in Nase und Hals.

1. Kehlkopfpapillom. Kehlkopf eines 10jährigen Knaben, der plötzlich während des Essens starb. Es waren von Seiten des Kehlkopfes keinerlei Erscheinungen vorhanden gewesen, ausser zeitweiliger Heiserkeit. Man fand an der linken Stimmlippe ein grosses, den ganzen Raum über der Glottis ausfüllendes Papillom.

2. Keratose des Kehlkopfs.

64jähriger Mann mit Asthma und constanter Heiserkeit seit einer Erkältung vor 12 Monaten, Husten und Auswurf. Die Oberfläche der rechten Stimmlippe und des Taschenbandes und der vordere Theil der linken Stimmlippe trug eine grünlich-weisse Membran, die mit kleinen spitzen Excrescenzen versehen war. Mc. Bride stellte die Diagnose auf Keratosis; die mikroskopische Untersuchung eines Stückes der Membran zeigte zahlreiche Schichten verhornter Epithelzellen. Ein Leptothrixmycelium wurde auf der Oberfläche gesehen.

3. Pachydermia laryngis. Infiltration der Regio interarytaenoidea.

4. Diffuse Papillome des Kehlkopfs. Geheilt durch Operation.

5. Fibrom des Larynx vom linken Stimmband.

6) Fall von lappigem eingekapseltem Tumor der Hinterwand des Nasenrachens. Präsentirte sich klinisch als gutartiger Tumor, erwies sich mikroskopisch jedoch als Sarkom.

Der 50jährige Patient gab an, vor zwei Jahren eine Erkältung mit Halsschmerzen gehabt zu haben. Er bemerkte damals eine Anschwellung hinten im Halse, die nach 14 Tagen sich öffnete und eine weisse zähe Flüssigkeit austreten liess. Darauf Heilung und Verschwinden aller Beschwerden. Es bestand jedoch eine Geschwulst, die sichtbar wurde, wenn man das Gaumensegel in die Höhe hob. Es war eine feste circumscripte lappige Masse. Sie wurde unter localer Anästhesie entfernt und es zeigte sich, dass sie von einer fibrösen Kapsel umgeben war. Der Tumor erwies sich als zusammengesetzt aus Sarkomzellen vom Typus der Rundzellen. Keine Drüsen. Kein Recidiv.

7. Ulceration und Zerstörung des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand durch erworbene Syphilis.

8. Festes fibröses Diaphragma, das Rachen und Nasenrachen vollständig von einander trennt, mit Ausnahme einer kleinen circulären Oeffnung in der Mitte, durch die eine Sonde hindurchgeht.
Es handelt sich um hereditäre Syphilis bei einer 20jährigen Frau.

9. Grosse Cyste der rechten Taschenfalte.

47jähriger Mann. Die Cyste enthielt klare gelatinöse Flüssigkeit.

De Santi: Maligne Geschwulst des Nasenrachens.

Babes und Turner rathen zur Anwendung von Jod.

Charters Symonds: Carcinom des Nasenrachens.

55jähriger Mann mit einer grossen von der Gegend des rechten Tubenwulstes ausgehenden Geschwulst; Drüsen aussen am Halse. Unter Arsenik wären die Drüsen zurückgegangen. Er hält den Fall für inoperabel.

Carson: Grosser Tumor der linken Regio arytaenoidea.

Hill glaubt, dass der Tumor von dem Ringknorpel ausgeht.

Scances Spicer hält ihn für ein eingekapseltes Fibrom.

Der Vorsitzende stellt die Diagnose auf Rachenepitheliom; er kann eine grosse ulcerirte Oberfläche sehen. Epitheliome dieser Gegend kommen grade bei Weibern gern vor.

De Santi: Papilläre Geschwulst der linken Zungenhälfte bei einem 12jährigen Mädchen.

Dundas Grant: Infiltration und Fixation der rechten Stimmlippe bei einem 46jährigen Mann.

Vor einem Jahre wurde eine kleine Geschwulst, die klinisch den Eindruck eines Fibroms machte und mikroskopisch sich als Hämatom erwies, von dem vorderen Theil der rechten Stimmlippe entfernt. Sechs Monate später war eine kleine Ulceration vorhanden; man vermuthete Tuberculose, doch konnte es nicht sicher erwiesen werden. Nach 6 Monaten bestand Infiltration der Taschenlippe und verminderte Beweglichkeit der Stimmlippe. Verdacht auf Malignität.

Vorsitzender und Thomson theilen diesen Verdacht.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Die „Royal Society of Medicine“ zu London.

Am 14. Juni 1907 hat sich eine bedeutsame Veränderung in dem medicinischen Vereinsleben Londons vollzogen, indem an diesem Tage 14 der bekanntesten Londoner medicinischen Vereine zur Gründung einer grossen medicinischen Gesellschaft zusammengetreten sind. Derselben sind vom König von England Corporationsrechte und der Name: „Königliche Medicinische Gesellschaft“ verliehen worden. Sie wird aus einer Anzahl von Sectionen bestehen, in deren Gestalt die constituirenden Vereine ihre frühere Thätigkeit fortsetzen werden.

Zu diesen constituirenden Vereinen gehören auch die Londoner laryngologische Gesellschaft und die Britische laryngo-rhino-otologische Association, die mit einander verschmolzen die laryngologische Section der Königlichen medicinischen Gesellschaft bilden werden. Die Verschmelzung der beiden Vereine bedeutet das Ende von

Differenzen, welche die Laryngologen Grossbritanniens seit vielen Jahren in zwei getrennte Lager gespalten haben, und ist daher mit Freuden zu begrüssen.

Die Otologie wird eine besondere Section erhalten, und rhinologische Themata werden in beiden Sectionen verhandelt werden können.

Die laryngologische Section wird den Charakter der bisherigen Londoner laryngologischen Gesellschaft beibehalten, d. h. ganz vorwiegend klinischen Demonstrationen gewidmet sein. Von Zeit zu Zeit werden, wie bisher, Discussionen über Tagesfragen von allgemeinem Interesse stattfinden.

Die Londoner laryngologische Gesellschaft hielt ihre letzte Versammlung und ihr Jahresbankett am 7. Juni ab. Beide Veranstaltungen waren überaus zahlreich besucht und allgemein war das Bedauern, dass die in höchster Blüthe stehende Gesellschaft das Ende ihrer unabhängigen Existenz erreicht hätte. Aber ebenso allgemein war das Gefühl, dass die Verschmelzung der beiden rivalisirenden englischen laryngologischen Gesellschaften im Interesse der britischen Laryngologie läge, und dass die Constituirung einer laryngologischen Section seitens der Königlichen medicinischen Gesellschaft einen Fortschritt in der Stellung der Laryngologie in Grossbritannien bedeute.

Der letzte von der Gesellschaft als solcher vollzogene Act war die Ernennung ihrer Gründers, Sir Felix Semon, zum Ehrenmitglied. Er ist der letzte, dem diese Form der Auszeichnung zu Theil geworden ist, denn während die gegenwärtigen Ehrenmitglieder der constituirenden Gesellschaften in gleichem Range in die Mitgliederlisten der correspondirenden Sectionen übergehen, werden in Zukunft statutengemäss Ehrenmitglieder nur von der Königlichen Gesellschaft selbst, und auch diese nur in beschränkter Zahl gewählt werden können, während die Sectionen nur das Recht besitzen, eine beschränkte Zahl von correspondirenden Mitgliedern zu erwählen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, August. 1907. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **C. Mavrakis** und **S. Dontas. Ueber ein Athemcentrum in der Grosshirnrinde des Hundes und der Verlauf der von demselben entspringenden centrifugalen Fasern.** *Arch. f. Phys. 5/6. S. 473.*

Im Sulcus praecruciatus oberhalb des Centrums der Nackenmuskeln haben M. u. D. eine Stelle gefunden, von der man beschleunigte und verflachte Athmung, bei stärkeren Strömen Stillstand der Athmung in Inspiration auslöst. Die Fasern gehen durch den Hirnschenkelfuss.

J. KATZENSTEIN.

2) **R. Nikolaides. Zur Lehre von der centralen Atheminnervation.** *Arch. (An.) f. Phys. S. 465. 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

3) **E. Hesse. Der Einfluss des Rauchens auf den Kreislauf.** *Arch. f. klin. Medicin. Bd. 89. S. 565. 1907.*

Das Rauchen ist zu verbieten bei allen Zuständen von Herzschwäche und besonderer Inanspruchnahme des Herzens (Herzfehler, Schrumpfniere, Emphysem, Kyphoskoliose) bei Personen, bei denen der Abnutzung der Arterien vorgebeugt werden muss, schliesslich bei solchen Personen, bei denen Blutdrucksteigerungen unmittelbare Gefahr bedingen, z. B. bei drohenden Apoplexien. Wo sich bei der Beobachtung des Kreislaufs während des Rauchens eine besonders leichte Erregbarkeit zeigt, muss prophylaktisch davor gewarnt werden.

J. KATZENSTEIN.

4) **Notiz des Herausgebers. Die Häufigkeit der Tuberculose bei Laryngologen und Specialisten für Lungenleiden. (The frequency of tuberculosis in Laryngologists and Lung-specialists.)** *Journal of the American Medical Association. 16. März 1907.*

Anknüpfend an einen Artikel Saugmann's betont der Herausgeber, dass er im Gegensatz zu jenem Autor geneigt ist, der Tröpfeninfection bei Uebertragung der Tuberculose einen gewissen Antheil einzuräumen.

EMIL MAYER.

5) **Stordeur. Eröffnung der Jugularis int. durch eine Phlegmone des Halses. Hämorrhagie. Tod. (Ouverture de la jugulaire interne par phlegmon du cou. Hémorrhagie. Mort.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 18. 1906.*

In der Sitzung der anatomo-pathologischen Gesellschaft am 23. März 1906 zu Brüssel berichtet S. über ein 3jähriges Mädchen, dessen Autopsie er vorgenommen hatte: 1 cm lange und 3—4 mm breite Eröffnung der Jugul. int. durch Nekrose bei einer Halsphlegmone.

PARMENTIER.

6) **F. D. Donoghue. Cervicaladenitis und ihre Beziehung zur Infection der Mundhöhle. (Cervical adenitis with reference to mouth infection.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. März 1907.*

Eine sorgfältige, auf 300 Fällen von Cervicaladenitis basirende Studie, deren Schlussfolgerungen diese sind:

1. Vergrösserte Halsdrüsen sind nicht primär tuberculös und haben — wenn überhaupt — so nur ganz geringe Beziehung zu allgemeiner oder Lungentuberculose.

2. Sie sind die Folge einer Mischinfection mit Eiterbakterien.

3. Sie verschwinden schnell, wenn die Quelle der Infection beseitigt wird, bevor noch eine Desorganisation des Drüsengewebes eintritt. Ist der Drüseninhalt flüssig geworden, so soll man eine Punction machen und mittels einer Brigg'schen Canüle punctiren.

EMIL MAYER.

7) **Hecht** (München). **Demonstrationsvortrag.** *Mit 4 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1907.*

1. Demonstration eines Patienten mit ausgeheilter, radical operirter Stirnhöhleneiterung, bei dem gleichzeitig ein Kieferhöhlenempyem derselben Seite bestand. Die von der Alveole aus angebohrte Kieferhöhle durfte anfangs nach Eröffnung der Stirnhöhle, die 14 Tage offen gehalten wurde, nicht gespült werden. Um eine regelmässige Reinigung der Kieferhöhle zu ermöglichen, saugte Autor die Höhle erfolgreich in der Weise aus, dass ein mit einer seitlichen Oeffnung versehenes dickwandiges, modificirtes Fränkel'sches Nasenbadgläschen an seinen vorderen Schnabel vermittels eines Gummischlauches und eines conischen Ansatzes mit dem Alveolarröhrchen verbunden, während an den hinteren Schnabel ein Bier'scher Sauggummiball befestigt wurde (Abbildung in der Arbeit).

2. Erörterung über die Zweckmässigkeit der zu Kieferhöhlenspülungen angelegten weiten Bohrcanäle, die Autor entschieden verwirft. Demonstration eines Alveolarröhrchens mit conischer Verdickung am vorderen Ende für solche weite Bohrcanäle, um eine gründliche Ausspülung der Höhle durch Abschluss des Alveolarcanales nach dem Munde zu zu ermöglichen.

3. Demonstration eines Sequesters, der einen von nekrotischer Knochenwandung umgebenen Bohrcanal darstellt.

4. Demonstration eines Patienten mit eigenartigem Kehlkopfbefund, der sich zu kurzem Referat nicht eignet.

5., 6. und 7. Demonstration eines pathologischen Präparates und neuer Instrumente.

8. Bericht über den Kurpfuscher „Professor“ Keith-Harvey in London.

AUTOREFERAT.

8) **J. Sendziak** (Warschau). **Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenstörungen bei den Krankheiten des Circulationsapparates (Herz, Gefässe).** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 12. 1906.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

9) **Rob. Neuenborn** (Crefeld). **Aethylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 14. 1905.*

Verf. hat die Aethylchloridnarkose in über 400 Fällen angewandt und empfiehlt sie für die Operation der Adenoiden, Ohrpolypen, Ohrfurunkel, Paracentese bei empfindlichen Patienten, Operation der Seitenmandeln, Entfernung kleiner Geschwülste, Spaltung von Abscessen u. a. m. Er sah nie Nachtheile von der Narkose und rühmt sie als allen anderen Mitteln überlegen durch den schnellen Eintritt der Narkose, das Fehlen des Excitationsstadiums, das schnelle Erwachen und das Fehlen unangenehmer Nachwirkungen.

F. KLEMPERER.

10) **von Schrötter. Eine neue Methode zur Durchleuchtung von Canälen und Höhlen. (A new method of illuminating the canals and cavities.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1906.*

Das Instrument besteht im Wesentlichen aus einem Glasrohr, dessen obere Oeffnung von vier kleinen Glühlämpchen umgeben ist und das in die zu untersuchenden Hohlräume eingeführt wird.

LEFFERTS

11) **Czermak. Eine einfache Dunkelkammer (Zeltkammer) zur Untersuchung der Augen (der Nase, des Kehlkopfes).** *Prager med. Wochenschr. No. 13. 1906.*

In einer Höhe von 2 m vom Fussboden wird eine Leiste aus weichem Holz an der Wand horizontal angebracht, die eine Länge von ca. 1 m hat. Mit zwei Scharnieren ist an ihr ein quadratischer Holzrahmen von 1 m Seitenlänge befestigt. Dieser Rahmen lässt sich nach oben umklappen. Seine Oeffnung wird mit schwarzer Wachsleinwand geschlossen. Die Seitenwände des Zeltes bestehen aus doppeltem Stoff. Das Zelt lässt sich sehr leicht auseinandernehmen.

HANSZEL CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **F. K. Mac Murrough. Zehn Jahre Nasenpatient. (Ten years a nasal patient.)** *N. Y. Medical Record. 26. Januar 1907.*

Ein Bericht eines Arztes über seine eigenen Erfahrungen und Erlebnisse; er war stets, wie er sagt, „entweder in der Reconvalescenz nach einer Nasenoperation oder in Vorbereitung für eine solche“. Im Ganzen sind im Laufe von 10 Jahren 12 Nasenoperationen gemacht worden. Der Bericht ist für den Leser

so amüsant, wie die Erfahrungen, die ihm zu Grunde liegen, für den Verfasser unerquicklich gewesen sein müssen.

LEFFERTS.

13) G. Heermann. **Aseptik in der Ohren- und Nasenchirurgie.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 82. Heft 3.*

Es soll hier nur über die Aseptik in der Nasenchirurgie berichtet werden. Verf. wäscht sich die Hände mit reiner, gut schäumender Kali- und Natronseife, die mit Rothfäden durchsetzt ist. Die Fingernägel werden geschnitten, der Raum zwischen Nagel und Fingerbeere und der Nagelfalz werden gut ausgekratzt. Die Temperatur des Waschwassers hat 20°. Der Naseneingang und ein event. Schnurrbart werden mit Benzin gereinigt. Der Patient hat einen sauberen Mantel an. Das Cocain wird aus einer 20proc. alkoholischen Stammlösung mit Leitungswasser verdünnt. Zur Verdünnung wird eine vorher ausgekochte gläserne Pipette benutzt. Adrenalin — Verf. benutzt Adrenalinum boricum — wird mit steriler physiologischer Kochsalzlösung zubereitet. Die Lösungen müssen frisch sein, Rückstände werden weggegossen. Die Lösungen werden mit einem Wattebäuschchen aufgepinselt, das vorher abgebrannt ist. — Vor einer Tonsillotomie werden cariöse Zähne plombirt oder extrahirt.

J. KATZENSTEIN.

14) Polyák. **Nasenchirurgie und Ohrenkrankheiten.** *„Fülèszet". No. 4. 1906. Beilage zu „Budapesti Orvosi Ujság".*

Ursachen der rhinogenen Erkrankung des Ohres sind: 1. die verschiedenen Nasenspülapparate, 2. die Bellocq-Tampons, 3. die Galvanokaustik, namentlich an hinteren Hypertrophien. Bei Operationen möge die Nasenhöhle gründlich gereinigt, Instrumente und Verbandzeug sterilisirt werden. Die Operation geschehe immer in einer Sitzung! Die operirte Nasenhöhle werde nicht tamponirt. Nebenhöhlenempyeme sollen früh und radical ausgeräumt werden. Bei der Adenectomie soll das Cavum pharyngo-nasale gründlich ausgeräumt werden. Bei bestehenden Mittelohrkatarrhen wird die Beseitigung von Deformitäten des Septum häufig erforderlich; dieselbe geschehe aseptisch und auf einmal. Hypertrophien der unteren Muschel, namentlich des hinteren Endes, sollen immer mit Scheere oder Polypenschlinge entfernt werden. Nasenpolypen werden immer in einer Situng ausgeräumt!

v. NAVRATIL.

15) E. Schwarz. **Ueber die Ursachen der nach endonasalen Operationen auftretenden Otitiden.** *„Fülèszet". No. 4. Beilage zu „Budapesti Orvosi Ujság".*

Je mehr nach hinten in der Nasenhöhle die Operationen geschehen, um so mehr wird das Ohr gefährdet. Schon nach Adenotomien kommen schwere eitrige Mittelohrentzündungen vor. Noch öfters verursachen die Resectionen der Nasenmuscheln Complicationen seitens des Ohres; bei diesen Operationen ist die Scheere und die kalte Schlinge entschieden der Galvanokaustik vorzuziehen. Gefährlich ist in ihren Folgen die Belloq'sche Tamponade. Die vordere Tamponade ist nach Nasenoperationen nicht zu vermeiden und verursacht auch bei Vorsicht keine Complicationen.

v. NAVRATIL.

16) **Mirolubow** (Bern). **Ueber Granulosis rubra nasi und über Miliaria crystallina und alba.** *Dissert. Bern 1906.*

Auf Grund der in der Literatur vorhandenen Mittheilungen und von 22 Fällen aus der Klinik von Jadassohn giebt M. eine Darstellung von dem klinischen Bilde, Vorkommen, Aetiologie, pathologischen Anatomie und Beziehung zu anderen Krankheiten mit anschliessenden Anmerkungen über die von Jadassohn eingeschlagene Therapie.

SEIFERT.

17) **H. Burger** (Amsterdam). **Dermoidcyste der Nasenbasis im Gefolge einer chirurgischen Operation.** (Uebersetzt von Dr. Fallas.) **(Kyste dermoïde de la base du nez consécutif à une opération chirurgicale.)** *La Presse otol-aryngol. Belge. No. 9. 1906.*

Eine plastische Operation mit Stirnlappenbildung hatte die Entstehung einer Dermoidcyste veranlasst, welche dem Kranken ein widerwärtiges Aussehen verlieh; B. musste die Dermoidcyste entfernen, um ein befriedigendes ästhetisches Resultat zu erzielen. Der Beobachtung sind allgemeine Betrachtungen über diese Art von Cysten beigefügt.

PARMENTIER.

18) **Wjachirew. Ueber das Rhinophyma. (O rinofime.)** *Chirurgia. Februar 1906.*

W. theilt einen Fall mit und bespricht dabei die verschiedenen Behandlungsmethoden, zum Theil auch die pathologische Anatomie.

P. HELLAT.

19) **F. Strange Kolle. Eine neue Operation zur Correction von Missbildungen an der Nasenspitze. (A new operation for the correction of malformations about the nasal lobule.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Januar 1907.*

Die Operation, die Verf. beschreibt und deren Details in der Originalarbeit, die mit Diagrammen und Abbildungen versehen ist, nachgelesen werden müssen, hat den Zweck, Missbildungen und Geschwülste, durch die der Nasenspitze ein allzu prominirendes Aussehen verliehen wird, zu beseitigen. Sie lässt sich auch bei Rhinophym anwenden.

LEFFERTS.

20) **Sinjuschin. Wiederherstellung der Nase aus dem Gewebe des kleinen Fingers. (Woschanowbnie nosa is trzanei inisinza.)** *Chirurgia. Juli 1906.*

Trotz Behandlung verlor Patient durch bösartige Syphilis die Nase. Die Plastik aus der Fingerhaut ergab ein erträgliches Resultat.

P. HELLAT.

21) **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Neue Erfahrungen, die Behandlung von Nasendeformitäten mittels Paraffininjectionen betreffend. (Yderligere Erfaringer med Hensyn tel Behandlingen af Näsedeformiteter med Paraffininjenktioner.)** *Hospitals Tidende. S. 845. 1906.*

Hat in allem 49 Patienten mittels Paraffininjectionen behandelt. Die Ursache der Deformation war in 17 Fällen ein Trauma, in 22 Fällen Syphilis, in 5 Fällen Ozaena. Bei 5 Patienten handelte es sich um angeborene Missbildungen unbekannter Aetiologie. Man darf nur Paraffin mit hohem Schmelzpunkte (über 50°) anwenden.

E. SCHMIEGELOW.

22) **H. Halász** (Miskolcz). **Ein Fall von spontaner Nasensteinbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 16. S. 539.*

Der Stein, der ½ cm breit, ebenso lang, 4 mm dick, im hinteren Theil des unteren Nasenganges lag, wurde nach dem Nasenrachenraum zu geschoben und so entfernt. Ein Kern, um welchen die Steinbildung vor sich gegangen wäre, liess sich nicht nachweisen.

F. KLEMPERER.

23) **Thomas Faith. Ein Fall von Nasenstein. (A case of rhinolith.)** *The Laryngoscope. März 1906.*

Interessant sind besonders folgende Punkte der Krankengeschichte: 1. Die lange Zeit, die der Fremdkörper, ohne Erscheinungen zu machen, in der Nase verweilte, nämlich ungefähr 15 Jahre. 2. Das Fehlen aller structurellen Veränderungen in der Nase trotz dieses langen Verweilens eines Fremdkörpers. 3. Die Thatsache, dass der Rhinolith dem Auge und der Sondenuntersuchung durch die ihn bedeckenden Granulationsmassen völlig unzugänglich war. 4) Der fötide Geruch aus der Nase, der nur durch die Decomposition des Epithels veranlasst sein konnte, da jede Knochennekrose fehlte.

EMIL MAYER.

24) **Baumgarten. Zahn-Rhinolith.** *Gégészet. No. 2. 1906. Beilage zu Budapesti Orvosi Ujság".*

Bei einem 16jährigen Mädchen fand B. am Nasenboden einen länglichen Rhinolithen um einen Milchzahn gebildet.

V. NAVRATIL.

25) **S. von Stein. 9jähriges Verweilen einer grossen Federmesserklinge in der Nasenhöhle und geschichtlich-medicinische Bedeutung dieses Falles. (9 letneji preliwanie balsch. klinka perotch. nocha w nosawri polonti i sudchno-med. swatschenie etowo slutschaja.)** *Mitth. der Baz. Klinik. Bd. 1. S. 184.*

Die Klinge war in verbrecherischer Absicht vor 9 Jahren durch eine Verwandte für das Auge berechnet, gerieth aber in die Nasenhöhle und brach hier ab. Die gerichtlich-medicinische Bedeutung des Falles wird nur angedeutet, aber nicht erörtert.

P. HELLAT.

26) **O. Kahler** (Wien). **Ein überzähliger Zahn in der Nase, zugleich ein Beitrag zur Frage des hohen Gaumens.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1905.*

Bei einem 19jährigen Patienten, der an Lues hereditaria leidet — es wurde vor Jahren wegen Destruction der Nase eine Plastik vorgenommen — fand sich ein überzähliger Zahn, der um ½ cm über dem Nasenboden ca. 1 cm hinter dem Introitus herausragte. Er wurde herausgehebelt. Jedenfalls dürfte in diesem und den früher beschriebenen Fällen Lues hereditaria eine Rolle spielen. Gleichzeitig fand sich ein exquisit hoher, spitzer Gaumen, wofür sowohl die gehinderte Nasenathmung als auch der Umstand zur Erklärung heranzuziehen wäre, dass durch das Fehlen des Septums der nicht gestützte Gaumen excessiv hoch wachsen konnte.

CHIARI.

27) **Sakhejew. Fall von besonders grossem Corpus alienum in der Nase. (Sl. osoben. bols. incrod. teba w nosu.)** *Mittheil. der Baz. Klinik. Bd. 1. S. 66.*

Der Rhinolith bildete sich um ein Holzstückchen, welches sich 19 Jahre in der Nasenhöhle befand.

P. HELLAT.

28) **W. Böhm** (München). **Casuistische Mittheilung über einen Fall von Nasenstein.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1907.*

Der etwa taubeneigrosse Fremdkörper konnte erst nach intranasaler Zertrümmerung entfernt werden. Anamnestisch ist interessant, dass Pat. viel „Schmalzlertabak“ schnupfte und viel mit Kalkdünger arbeitete. „Die Bestandtheile dieses Tabaks, der bekanntlich zerriebenes Glas und Kalk enthalten soll, mögen wohl den Kern des Fremdkörpers abgegeben haben, um den sich dann der beim Düngen entwickelnde reichliche Kalkstaub niederschlug.“

HECHT.

29) **S. Rosenheim. Die Bedeutung einer mikroskopischen Untersuchung aller aus der Nase entfernter Geschwülste. (The importance of a microscopical examination of all growths removed from the nares.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1907.*

Verf. betont die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung, weil wir nur auf diese Weise im Stande sind, frühzeitig bösartige Geschwülste zu diagnosticiren und radical zu operiren. Er citirt dann eine Reihe von hierher gehörigen Fällen. In Watson's Zusammenstellung von 150 Fällen von Sarkom der Nasenhöhle waren in 16 pCt. vorher Nasenpolypen vorhanden; in Bloodgood's Zusammenstellung von Fällen von Antrumcarcinom ergab in 9 Fällen gleichfalls die Anamnese, dass vorher Nasenpolypen vorhanden gewesen waren.

LEFFERTS.

30) **Ed. Delstanche. Beobachtung über die Nasenpolypen von Adrian Joseph De la Rocca, Chirurg zu Brüssel. (Observation sur les polypes du nez par Adrian Joseph De la Rocca, Maître chirurgien à Bruxelles.)** *La Presse oto-laryngologique Belge. No. 9. p. 385. 1906.*

Manuscript, aus der ersten Hälfte der 18. Jahrhunderts herrührend, welches über eine zu jener Zeit im grossen Ganzen wenig bekannte Frage handelt.

PARMENTIER.

31) **Thurm** (Sorau). **Ueber Choanalpolypen.** *Dissert. Würzburg 1907.*

Auf Grund von 3 aus der Poliklinik von Seifert stammenden Fällen kommt Th. zu dem Schluss, dass die Anschauung Killian's über die Ursprungsstelle der Choanalpolypen nur für einen Theil der Fälle richtig sein kann. In den 3 mitgetheilten Fällen war der Ursprung der Choanalpolypen theils am hinteren Ende der mittleren Muschel, theils in der Fossa pterygoidea nachweisbar.

SEIFERT.

32) **Pietro Sathato. Histologischer Beitrag zur Aetiologie und anatomischen Pathologie der sogenannten Nasenpolypen. (Contributo istologico all'etiologia ed anatomia patologica dei cosi detti polipi nasali.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1905.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebniss, dass

nicht alle Nasenpolypen als „banale Hydropsie der Schleimhaut" aufzufassen sind, sondern dass wirkliche myxomatöse Tumoren dieser Region existiren. Aber auch eine nicht myxomatöse, einfach durch Reaction und ödematöse Infiltration hervorgerufene Production kann sich mit der Zeit modificiren und den Charakter einer wirklichen Geschwulst annehmen. Nur ein wirklicher Polyp, d. h. ein wirklicher Tumor kann eine sarkomatöse Umwandlung erleiden. Wenn man auch für alle Polypen als ätiologisches Moment die myxomatöse Degeneration, Oedem oder Entzündung bestimmter Stellen der Schneider'schen Membran anerkennen will, so spricht das nicht dagegen, dass man ihnen, wenn sie entfernt werden, alle Charaktere eines wirklichen Tumors zuspricht. Es genügt, den Polypen allein zu entfernen, ohne dass man die Muschel mit fortnimmt; letzteres hat nur zu geschehen, wenn häufige Recidive darauf schliessen lassen, dass die Muschel miterkrankt ist.

FINDER.

33) **Emil Glas** (Wien). **Zur Histologie und Genese der sogenannten „blutenden Septumpolypen".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 22. 1905.*

Auf Grund seiner Untersuchungen an 10 blutenden Septumpolypen hat Verf. sich folgende Anschauungen gebildet: Die sogen. „blutenden Septumpolypen" sind auf entzündlicher Basis entstandene Neubildungen, welche bei entsprechend disponirter Schleimhaut (Rhinitis sicca anterior mit Atrophie der Drüsen) auf gewisse Reize hin zur Bildung kommen. Ihre histologische Zusammensetzung ist eine sehr mannigfaltige, doch sind die Hauptbestandtheile dieser Tumoren Granulationsgewebe und neugebildete Gefässe und Gefässräume; je nach dem Ueberwiegen dieser Elemente stehen die Tumoren einmal den Granulomen, ein andermal den angiomatösen Neubildungen näher. — Die blutenden Septumpolypen sind (ebenso wie das Ulcus perforans septi) genetisch mit der Rhinitis sicca anterior verwandt. Sie entwickeln sich zumeist auf dem Boden einer atrophischen Schleimhaut, welche durch Atrophie des subepithelialen Bindegewebes, bezw. Bildung einer subepithelialen Blutungszone und durch Atrophie der normalerweise an der Localisationsstelle dieser Tumoren in grösserer Menge vorkommenden Drüsen ausgezeichnet ist. Ihre Vulnerabilität, bezw. ihre Neigung zum spontanen Bluten erklärt sich nach Verf. aus: 1. der innigen Einlagerung der keratohyalinähnlichen Schicht in das Tumorepithel; 2. der Atrophie des subepithelialen Bindegewebes, bezw. der Bildung einer subepithelialen Blutungszone; 3. dem Missverhältniss zwischen elastischem Fasernetz und Gefässnetz; 4. der stellenweisen Coagulationsnekrose der oberen Schichten. — Bei den Entzündungen, welche zur Perforation des knorpeligen Septum führen, fand Verf. das Gewebe bis in die Tiefe von Bakterien durchsetzt, bei den blutenden Septumpolypen dagegen traf er Mikroorganismen (Kokken) nur in den obersten Schichten nekrotischer Partien. Hierbei schreibt er dem Verhalten der Drüsen eine wesentliche Rolle zu: hat der atrophische Process auf die Drüsen übergegriffen, so ist die Bakterieninvasion in die Tiefe wesentlich behindert. So erklärt Verf., dass die atrophische Rhinitis das eine Mal zu Ulcus perforans, das andere Mal zu Septumpolypen Anlass giebt.

F. KLEMPERER.

34) **W. S. Gottheil. Rhinosklerom; erhebliche Besserung unter Radiotherapie. (Rhinoscleroma; marked improvement under radiotherapy.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Die Anamnese ergab, dass die Geschwulstbildung vor 5 Jahren am Septum begonnen und seitdem fortgeschritten sei. Der centrale Theil des Oberkiefers, das Septum und die Nasenflügel waren der Sitz einer tiefen, scharf umschriebenen, knorpelharten und absolut unempfindlichen Infiltration. Die Geschwulstbildung betraf augenscheinlich sowohl den Knochen, wie auch Knorpel und Haut, bewirkte eine erhebliche Vorwölbung der Oberlippe. Beide Nasenöffnungen waren fast ganz verschlossen, so dass nur eine ganz feine Sonde passiren konnte. Der harte und weiche Gaumen, der Isthmus faucium und die hintere Pharynxwand waren deformirt, verdickt und der Sitz chronischer ulceröser und narbiger Processe. Der Allgemeinzustand hatte nur insofern gelitten, als die Ernährung in Folge der Schluckbeschwerden etwas beeinträchtigt war. Der Kehlkopf war frei. Da die hauptsächlichsten subjectiven Beschwerden in der behinderten Nasenathmung bestanden, so wurde zunächst eine sorgfältige Dilatation versucht; jeder solcher Versuche hatte jedoch eine abundante Blutung zur Folge. Es wurde dann die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen eingeleitet. Während der 18 Monate, die der Publication vorausgingen, machte Patient ungefähr 50 Sitzungen in ziemlich unregelmässigen Intervallen durch. Verf. bediente sich der kleinen Cornell'schen Tube für Mund und Nase. Das Resultat war eine ausgesprochene Grössenabnahme der Geschwulst; die äussere Deformität wurde erheblich gebessert, ebenso die Rachengeschwüre. Auch das Schlucken ging besser. Dagegen ist die Nasenstenose bisher noch nicht gebessert.

LEFFERTS.

35) **J. M. Ballin. Ein Fall von Rhinosklerom mit X-Strahlen behandelt. (A case of rhinoscleroma treated by x-ray.)** *The Laryngoscope. December 1906.*

Der Erfolg der Röntgenstrahlenbehandlung war in diesem Fall ein ausgezeichneter. Bemerkenswerth ist, dass die Erkrankung seit 16 Jahren datirt und der Kehlkopf nicht miterkrankt ist.

EMIL MAYER.

36) **Robert Levy. Sarkom der Nase; Betrachtungen über das spontane Verschwinden maligner Geschwülste. (Sarcoma of the nose with a consideration of the spontaneous disapparence of malignant growths.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Der Fall, um den es sich handelt, war, soweit unsere pathologischen Kenntnisse eine Bestimmung zulassen, zweifellos ein Sarkom. Dieser Nasentumor verschwand völlig und spontan; ebenso verschwanden einige metastatische Geschwülste spontan, während andere sich deutlich zurückbildeten.

EMIL MAYER.

37) **Richard H. Johnston. Sarkom der Nasenhöhle. (Sarcoma of the nasal fossa.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1906.*

Der Fall, den J. mittheilt, soll zeigen, „wie hülflos die Chirurgen gegen maligne Tumoren am Kopf, speciell in der Nase, sind“. Verf. weist auf die Be-

deutung einer frühzeitigen Diagnose dieser Fälle hin. So lange man nicht sicher ist, den ganzen Tumor entfernen zu können, ist es besser, nicht zu operiren, weil erfahrungsgemäss der übrig bleibende Theil der Geschwulst rapide wächst.

LEFFERTS.

38) **Grimm** (Wiesbaden). **Ein Beitrag zur Casuistik des Sarcoma nasi.** *Dissert. Würzburg 1907.*

In seiner Dissertation giebt G. einen Ueberblick über Geschlecht, Alter, Sitz, Ausgang und Art des Sarkoms, sowie über die Therapie und den endlichen Ausgang der Krankheit. Bereichert ist die Casuistik um 2 Fälle, eine 52jährige und eine 35jährige Frau betreffend.

SEIFERT.

39) **Wm. W. Carter. Primäres Carcinom der unteren Muschel nebst Bericht über einen Fall. (Primary carcinoma of the inferior turbinate with report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 16. März 1907.*

Der Fall ist ein seltener wegen des primären Sitzes der Geschwulst an der unteren Muschel; denn die an sich schon seltenen malignen Tumoren der Nasenhöhle finden sich meist in der Siebbein- und Keilbeinregion. Es handelte sich hier um eine 38jährige Frau. Es wurde ein Stück der Geschwulst zwecks mikroskopischer Untersuchung mittels der Schlinge entfernt, worauf eine recht erhebliche Blutung erfolgte. Die mikroskopische Untersuchung — vorgenommen von Jonathan Wright — ergab ein typisches Cylinderzellencarcinom. In der Erwägung, dass ein seit 5 Monaten bestehender maligner Tumor nothwendigerweise auf die Umgebung, besonders die Kieferhöhle, übergegriffen haben müsse, hielt Verf. eine radicale Operation für nothwendig und übergab den Patienten einem Chirurgen. Drei Monate nach der Operation war kein Recidiv nachweisbar.

LEFFERTS.

40) **Litthauer. Retropharyngeale Geschwülste. (Retropharyngeal growths.)** *N. Y. Medical Record. 6. April 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle aus seiner Praxis. In dem einen handelte es sich um Gummi, das auf Anwendung von Jodkali prompt zurückging, während der zweite Tumor ein Fibrosarkom war. Dieser Fall betraf eine 45jährige Frau; der Tumor wurde entfernt mittels eines Schnittes, der dem linken Unterkiefer parallel lief und sich vom Warzenfortsatz zum Zungenbein erstreckte. Die Heilung ging gut vor sich, jedoch blieben gewisse paretische Symptome, wie Schwäche des weichen Gaumens, Dysphagie etc., bestehen. Unter diesen Symptomen war auch das sognannte Horner'sche Symptom, das auf Sympathicuslähmung beruht und in Contraction der Pupille, Verengerung der Palpebralöffnung und Enophthalmus besteht. Aus einer Betrachtung der mitgetheilten Fälle schliesst L., dass die von ihm gemachte Incision die meisten Vortheile bietet und dass Versuche zur Entfernung retropharyngealer Tumoren vom Munde aus oder mittels Pharyngotomia subhyoidea unangebracht sind.

LEFFERTS.

41) **Vues. Periostales Nasenrachenfibrom. (Fibrome périostique du pharynx nasal.)** *La Policlinique. No. 4. 1906.*

11jähriger, mehrmals an adenoiden Wucherungen operirter Knabe zeigt hinter

dem Gaumensegel einen platten, rundlichen, haselnussgrossen Tumor von elastischer Consistenz, gestielt aufsitzend. Abtragung mit der galvanokaustischen Schlinge.

BAYER.

42) **Max Ruprecht** (Bremen). **Elektrolyse, Galvanokaustik und Totalexstirpation im Wettbewerb bei der Behandlung einiger Nasenrachen-Fibrome.** *Rindfleisch-Festschrift. 1907.*

Der elektrolytische Effect ist nur von der Intensität des Stromes abhängig; je geringer also die Spannung, desto freier ist der elektrolytische Effect von Nebenwirkungen. Die den Widerstand des Leiters überwindende Spannung erzeugt Wärme und erhitzt dabei den Leiter, was am lebenden Leiter Schmerz bedeutet, und zwar besonders da, wo der Querschnitt des Leiters am engsten und der Widerstand am grössten, d. h. gewöhnlich an den Applicationsstellen kleiner Elektroden. Es ist nöthig, die Spannung zu controliren, was R. durch eine eigene Schaltung und Eintheilung der Voltregulatoren erreicht. Die Spannung vermindert sich bei Annäherung der Elektrodenflächen aneinander bei bipolarer Application (Wirkungsoptimum bei einer Elektrodenentfernung von $^1/_2$—2 cm), durch Vergrösserung der Elektrodenflächen (unipolare Anwendung von spiraligen korkzieherartigen Nadeln) und durch möglichste Beschränkung der Polarisation.

Bei einem medicinisch-elektrolytischen Process bringen die Milliampères Heilung, die Volts kosten Schmerzen.

R. berichtet über einen Fall von Nasenrachenfibrom, das er mittels galvanokaustischer Schlinge und Elektrolyse, aber mit ungenügendem Erfolge behandelt hat; übrigens habe ihm die Gelatinefütterung bei und nach den Blutungen gute Dienste geleistet. Pat. wünschte ein schnelleres Verfahren, und so wurde die Totalexstirpation des Tumors unter temporärer Oberkieferresection vorgenommen. Ein Recidiv wurde durch einen rechteckigen Brenner beseitigt.

In einem zweiten Falle entfernte R. einen grossen Theil des Tumors mit der Glühschlinge, den Rest mit seinem Brenner; in einem dritten Glühschlingenoperation, wobei der Platindraht vermittelst zweier Ohrkatheter eingeführt und die Schlinge durch Sperren der Branchen eines scheerenförmigen Instrumentes entsprechend geformt wurde, Kaustik mittelst des viereckigen und eines hakenförmigen Messerbrenners, Zangen und Scheere. — Welche Methode im Einzelfalle anzuwenden ist, hängt von seiner Individualität ab; immerhin tritt die Radicaloperation immer mehr zurück. Für die Wahl des Verfahrens ist die Wachsthumsenergie von allergrösster Bedeutung; über sie erhalten wir im Laufe der elektrolytischen Behandlung die sicherste Kunde, daher dürfte diese am häufigsten gewählt werden, eventuell combinirt mit der Galvanokaustik.

A. ROSENBERG.

43) **John E. Rhodes. Behandlung des Nasenrachensarkoms durch Adrenalininjectionen. (Treatment of sarcoma of the nasopharynx by injections of adrenalin.)** *N. Y. Medical Journal. 18. August 1906.*

Die Prognose der Erkrankung ist so schlecht, dass jede Behandlungsart, die auch nur die geringste Aussicht auf Erfolg bietet, Beachtung verdient. Die hier in Frage stehende Therapie wurde zuerst von Mahu im Jahre 1903 empfohlen

und erst jüngst von Bardier und Falabert in einem Fall von Carcinom des Nasenrachens mit Erfolg angewandt. Sie besteht darin, dass man Injectionen mit folgender Lösung macht: Adrenalin. chlor. 0,12, Acid. boric. 0,6, Chloreton 0,025, Aq. dest. 15,0. Bericht über einen Fall, wo die Behandlung Verkleinerung des Tumors und zeitweises Nachlassen der Schmerzen bewirkte. LEFFERTS.

44) Compaired (Madrid). **Epitheliom des Nasenrachens. (Epithelioma nasofaringeo.)** *Siglo Medico. August 1906.*

Bericht über einen Fall. Es wird eine Palliativoperation gemacht, da der Fall für die Radicaloperation schon zu vorgeschritten ist. TAPIA.

c. Mundrachenhöhle.

45) L. E. Norfleet. **Auffallende Beweglichkeit der Zunge. (Remarcable flexibility of the tongue.)** *N. Y. Medical Record 15. December 1906.*

Eine Patientin war im Stande, ihre Zunge hinter den weichen Gaumen in den Nasenrachenraum und sogar in jede der beiden hinteren Nasenöffnungen zu strecken, so dass man sie leicht von vorn mit dem Nasenspeculum sehen konnte. Dagegen konnte sie die Zunge nur wenig über die Lippen herausstrecken und ihr weicher Gaumen war sehr rigid. LEFFERTS.

46) Bizard. **Schwarze Zunge nach Medicamenten. (Langue noire médicamenteuse.)** *Société de dermatologie. 2. Mai 1907.*

Die Anwendung gewisser Medicamente kann zu dem klinischen Bilde der „schwarzen Zunge" führen. So hat Verf. dergleichen bei Patienten beobachtet, die eine Quecksilbercur durchmachten und gleichzeitig zu Mundspülungen sich des Wasserstoffsuperoxyds bedienten. GONTIER de la ROCHE.

47) Letulle (Paris). **Histopathologie der Glossitis mercurialis. (Histopathologie de la glossite mercurielle.)** *Société Médicale des hôpitaux. 19. April 1907.*

Dissociation der Muskelfasern mit Myositis, die nicht allein durch infectiöse Störungen, sondern auch durch die Compression der Nerven an der ödematösen Zungenbasis hervorgerufen sind. GONTIER de la ROCHE.

48) T. Rogers. **Operationen wegen Neubildungen der Zunge. (Operations for neoplasms of the tongue.)** *Annals of Surgery. April 1907.*

Bei allen Methoden empfiehlt sich die vorherige Unterbindung der Arteria lingualis oder selbst der Carotis. Verf. bespricht die Operation vom Munde aus, die Kieferresection, die Operation vom Halse aus. Die Mortalität ist von 40 pCt. auf 10 pCt. zurückgegangen; auch die Zahl der definitiven Heilungen hat beträchtlich zugenommen. LEFFERTS.

49) Henry T. Butlin. **Illustrationen zu den frühsten Stadien des Zungenkrebses. (Illustrations of very early conditions of cancer of the tongue.)** *Brit. med. Journal. No. 2369. 1906.*

Eine sehr interessante Mittheilung bringt Butlin, einer der besten Kenner der Zungenkrankheiten. In früheren Arbeiten hatte er kleine Warzen, circum-

scripte Verhärtungen, Substanzverluste in und auf der Zunge, besonders solche, die sich inmitten leukoplastischer Veränderungen fanden, als Vorstadien zum Carcinom bezeichnet. In dieser jüngsten Mittheilung berichtet er nun, dass er im Laufe der letzten Jahre 7 Fälle operirt habe, die nach seiner früheren Klassificirung in dieses Vorstadium gehören würden. Zu seiner eigenen Ueberraschung ergab aber die von autoritativer Seite vorgenommene histologische Untersuchung der excidirten Stücke, dass es sich in all' diesen Fällen bereits um wohlausgebildete Carcinome gehandelt hat. Hieraus ist die Schlussfolgerung zu ziehen, dass jede verdächtige Stelle, die sich inmitten einer chronischen Zungenerkrankung absetzt, so schnell und so energisch als möglich entfernt werden soll.

A. KUTTNER.

50) E. Fletcher Ingals. **Die Beziehung zwischen Erkrankungen der Gaumenmandeln und Rheumatismus. (The relation between diseases of the faucial tonsils and rheumatism.)** *N. Y. Medical Record. 20. April 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Er war allmählich zu einer irrthümlichen Auffassung betreffs des Zusammenhanges zwischen Rheumatismus und acuter Tonsillitis gelangt, und was ihm zuerst ein rein zufälliges Zusammentreffen schien, war thatsächlich auf eine für beide Erkrankungen identische Ursache in 13—29 pCt. aller Fälle von acuter Tonsillitis zurückzuführen. 2. Bei 45 pCt. der Fälle von Tonsillitis war in der Anamnese Rheumatismus vorhanden, jedoch auch bei 16 pCt. anderer Hals- und Brustkrankheiten war dasselbe der Fall, so dass füglich nicht mehr als 29 pCt. der Fälle von acuter Tonsillitis mit Rheumatismus in Zusammenhang gebracht werden konnte, und die Hälfte dieser Fälle war zweifelhaft. 3. Unter seinen Patienten fand I. nur 19 pCt., bei denen vorher Gelenkheumatismus vorhanden gewesen war; 18 pCt. hatten Muskelschmerzen gehabt, die sie auf Rheumatismus zurückführten. 4. In 8 pCt. der Fälle von acuter Tonsillitis trat gleichzeitig oder unmittelbar hinterher Gelenkrheumatismus auf; in 5 pCt. gingen die rheumatischen Attacken der Angina unmittelbar voraus. 5. Es besteht noch kein stringenter Beweis dafür, dass thatsächlich die Tonsillen die hautsächlichste Eingangspforte für die rheumatische Infection darstellen. Bedenkt man jedoch, dass der acute Gelenkrheumatismus eine milde Form einer septischen hämatogenen Infection der Gelenke darstellt, so ist kein Grund, warum die Tonsillen bei der notorischen Leichtigkeit, mit der sie sich mit pyogenen Keimen inficiren, nicht die Rolle einer inficirten Wunde übernehmen sollen, von der aus septische Erscheinungen ausgehen. Diese septischen Erscheinungen sind in Bezug auf Grad und Localisation verschieden und der Rheumatismus stellt vielleicht eine dieser Varietäten dar. 6. Der Augenschein rechtfertigt nicht die Annahme, dass Entzündung der Tonsille einem Anfall von Rheumatismus vorausgehen oder an seine Stelle treten kann. 7. Die Annahme, dass dem acuten Beginn von Muskelrheumatismus fast stets Tonsillitis vorausgeht, liess sich nicht aufrecht erhalten, da nur in 2 pCt. der Fälle Muskelrheumatismus der Tonsillitis folgte. Jedoch begleiteten in 6 pCt. Muskelschmerzen, die als Rheumatismus bezeichnet wurden, die aber wohl mit dem gleichzeitigem Fieber zusammenhingen, die Tonsillitis.

LEFFERTS.

51) **Robert Curtis Brown. Die Beziehung der Tonsille zu Infection und Infectionskrankheiten. (The relation of the tonsil to infection and infectious diseases.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1907.*

Verf. weist nach, dass die Tonsille in Folge ihres anatomischen Baues ausgezeichnet widerstandsfähig gegen Infection ist. Die lacunäre Angina ist ein Beispiel von Phagocytose und ist eine defensive Reaction. Verf. entwickelt dann seine Anschauungen über die Rolle der positiven und negativen Chemotaxis bei Tonsillitis und Infectionskrankheiten. LEFFERTS.

52) **Notiz des Herausgebers. Die Tonsille als Eintrittspforte für den Tuberkelbacillus. (The tonsil as a port of entry of the tubercle bacillus.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1907.*

Verf. beschäftigt sich mit der Arbeit Baudillier's (Beiträge zur Klinik der Tuberculose), der auf Grund mikroskopischer Untersuchung zahlreicher excidirter Tonsillen zu dem Ergebniss gelangte, dass die Tonsillartuberculose sich auf der Basis einer chronischen Entzündung entwickelt und nur mikroskopisch zu diagnosticiren ist. Die primäre Tonsillartuberculose, die in Folge von Inspiration und Injection von Tuberkelbacillen zu Stande kommt, ist nicht so selten, wie allgemein angenommen wird. LEFFERTS.

53) **B. Tyril** (Bristol). **Latente Tuberculose der Tonsillen und des adenoiden Rachengewebes. (Latent tuberculosis of the tonsils and pharyngeal adenoid tissue.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1907.*

Verf. giebt zunächst eine Literaturübersicht. Er ist der Ansicht, dass latente Tuberculose nicht immer zu einer Hypertrophie der Tonsillen führt. Von 12 Tonsillen, an denen latente Tuberculose gefunden wurde, waren 9 vergrössert, 3 von normaler Grösse. Die Diagnose ist schwierig. In der Mehrzahl der Fälle sind keine anderweitigen Erscheinungen vorhanden und die Diagnose wird nur durch die mikroskopische Untersuchung des entfernten lymphatischen Gewebes gestellt. Die Prognose ist verhältnissmässig gut. Secundäre Infection der Lungen und Drüsen kann nur auf dem Lymphwege erfolgen, da bei latenter Tuberculose der Tonsillen niemals Ulceration eintritt und so eine Infection der Lungen durch den Respirationsweg ausgeschlossen ist. Latente Tuberculose und ulcerative Tuberculose stellen nicht nur verschiedene Krankheitsgrade dar, sondern sind dem Wesen nach verschieden und auch die Infectionswege sind verschieden. Die Behandlung besteht in der Abtragung hypertrophischer Mandeln und adenoider Vegetationen. Entdeckt man in dem abgetragenen Gewebe latente Tuberculose, so muss eine Allgemeinbehandlung folgen. A. J. BRADY.

54) **Helene Bán** (Budapest). **Beiträge zur Klinik der Angina Vincenti. (Adatok a Vicent féle angina kórképéher.)** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 39. 1906. Beilage „Gyermekorovo" No. 3.*

Mittheilung von 4 Fällen, darunter ein Todesfall am 18. Tage. Die differentielle Diagnose, Diphtherie betreffend, wird ausführlich besprochen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

55) **A. Iwanow. Ueber die Angina von Vincent und ihre Complicationen. (Ob angina Vincenta i jejo oslochnenijasch.)** *Mittheil. der Baz. Klinik. Bd. I. p. 302.*

I. bespricht kurz die Symptomatologie und die Anatomie dieser Angina, theilt zwei Krankengeschichten mit, wobei über den Bacillenbefund 2 Illustrationen vorliegen. Nach den Abbildungen wie auch nach der Beschreibung muss man schliessen, dass die zwei Krankengeschichten eher der von uns beschriebenen Tonsillitis streptothricia angehören, also der Vincent'schen Angina.

P. HELLAT.

56) **De Torrebadella** (Barcelona). **Fall von eitriger Peritonsillitis. Klinische Selbstbeobachtung. (Un caso de peri-amigdalitis suppurada. Auto-historia clinica.** *Revista Barcelonesa de laringologia. No. 6.*

Nichts Neues.

TAPIA.

57) **Durand** (Lyon). **Ein neuer Zugang zu den Mandeln. Auf den Kieferwinkel beschränkte Resection. (Une nouvelle voie d'abord de l'amygdale. Resection limitée à l'angle de la machoire.)** *Société de chirurgie de Lyon. 17. März 1907.*

Verf. hat dieses Operationsverfahren in einem Falle angewandt, in dem es sich um einen grossen Tumor der Zungenbasis und des vorderen Gaumenbogens handelte. Er setzt die Vorzüge dieses Verfahrens auseinander. Uebrigens empfiehlt er, vorher die Tracheotomie zu machen.

GONTIER de la ROCHE.

58) **E. Moraweck** und **G. C. Hall. Ueber die völlige Entfernung erkrankter Tonsillen. (On the complete removal of diseased tonsils.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

Die Operation, die Verff. für die beste halten, wird folgendermaassen ausgeführt: Bei kleinen Kindern wird, besonders wenn gleichzeitig die adenoiden Vegetationen entfernt werden sollen, ein allgemeines Anästheticum angewandt. Nase und Hals werden zuerst gereinigt und Adrenalin applicirt. Zuerst werden die Gaumenbögen mittels stumpfen Tonsillenmessers von den Tonsillen abgetrennt. Mit der Kornzange wird dann die Mandel nach vorn gezogen und oben und unten mittels über der Fläche gekrümmter Scheeren blosgelegt. Dies ist sehr wichtig, da besonders oben gern ein Theil der Drüse zurückbleibt. Dann wird die Schlinge umgelegt und mit ihr die ganze Tonsille entfernt. Verff. haben niemals nach Entfernung der ganzen Tonsille eine secundäre Blutung auftreten sehen.

EMIL MAYER.

59) **Ovidus Arthur Griffin. Die völlige Entfernung der Gaumentonsillen. (Complete removal of faucial tonsils.)** *Journal of the American Medical Association. 23. Februar 1907.*

Verf. hat eine Scheere angegeben, mittels deren die adhaerenten Gaumenbögen von der Tonsille getrennt werden können, so dass diese dann leicht mit einem einfachen schneidenden Instrument in toto entfernt werden kann.

EMIL MAYER.

60) **J. C. Henkes** (Amsterdam). **Zur Blutstillung nach Tonsillotomie.** *Mit 5 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1907.*

Nach prophylactischen und therapeutischen Erörterungen zur Verhütung, bezw. Stillung von postoperativen Blutungen beschreibt Autor ein auch in der Arbeit abgebildetes Instrument, das dazu dient vermittels kleiner Metallklammern die beiden Gaumenbögen fest zu vereinigen und einen auf die blutende Stelle gebrachten Tampen comprimirend festzuhalten. Ein zweites Instrument dient zur Entfernung der Klammern, die leicht bewerkstelligt werden kann. Ein erfolgreich mit dieser Methode behandelter Fall illustrirt die Zweckmässigkeit dieses Eingriffes, zu dessen Nachprüfung Autor auffordert. HECHT.

61) **Henry Perkins Mosely. Eine starke einfache Tonsillarschlinge. (A strong, simple tonsil snare.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Die Schlinge ist aus Stahl gefertigt, ist einfach, fest, kann wiederholt gebraucht werden, ist leicht und schnell zu handhaben. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

62) **Frank M. Wood. Eine Methode zur schnellen Diagnose der Diphtherie für den allgemeinen Practiker. (A method for the rapid diagnosis of diphtheria by the general practitioner.)** *Journal of the American Medical Association 13. April 1907.*

Verf. bedient sich zur Entnahme des verdächtigen Materials von der Schleimhaut eines Asbesttampons. An jedem Ende eines Drahtes, der lang genug ist, um grade in ein Reagenzglas zu passen, wird ein Asbesttupfer befestigt, der vor dem Gebrauch ausgeglüht wird. Der eine Tampon dient zum Verschluss des Reagensröhrchens, der andere zur Entnahme des diphtherieverdächtigen Materials. Das Ganze kann bequem in der Tasche getragen werden. EMIL MAYER.

63) **Brown, Allen** und **Lupton. Eine kurze Studie über eine Diphtherie-Epidemie im Adirondack College Sanatorium für Tuberculöse im Anfangsstadium. (A brief study of a diphtheria epidemic at the Adirondack College Sanatorium for incipient tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 9. März 1907.*

Verff. kommen zu folgenden Ergebnissen: 1. In Instituten sollen bei einer Diphtherieepidemie immunisirende Dosen von 500 J. E. oder mehr nach Ablauf von 2 und nochmals nach Ablauf von 4 Wochen gegeben werden. 2. Diphtherie kann zwei Wochen nach Einverleibung solch einer immunisirenden Dosis auftreten. 3. Ist die Immunisirung ausgeführt, so ist es nicht nöthig, die Personen, bei denen die Culturen positiv sind, aber keine klinischen Erscheinungen vorhanden sind, von denen zu trennen, bei denen die Culturen negativ sind. 4. Eine negative Cultur vom Rachen genügt weder zur Diagnose noch zur Absperrung. 5. Aus der Nase brauchen keine Culturen angelegt zu werden, ausser bei Nasendiphtherie. 6. Isolation für 3—4 Wochen ist wünschenswerth. 7. Milde Diphtherie hat auf den Verlauf der Lungentuberculose keinen ungünstigen Einfluss. 8. Das Antitoxin hat wenig oder gar keinen Einfluss auf die Tuberculose. 9. Complicationen nach Diphtherie sind bei Tuberculösen nicht häufiger, als bei anderen Individuen. LEFFERTS.

64) **W. D. Cannon. Die mögliche Bedeutung der Pylorus- und Duodenalveränderungen, die bei Meerschweinchen nach subcutaner Inoculation von Diphtherietoxin beobachtet worden sind. (The possible significance of the pyloric and duodenal lesions observed in guinea pigs inoculated subcutaneously with diphtherfa toxin.)** *N. Y. Medical Record. 13. April 1907.*

Die Veränderungen bestehen in scharf umschriebener Congestion, Blutung oder Ulceration am Pylorus und bisweilen im Duodenum. Verf. citirt Türck, Rosenau und Anderson, die zuerst diese Beobachtung machten. Er stellt die Veränderungen in Parallele zu dem Duodenalgeschwür, das man bisweilen bei ausgedehnten Verbrennungen der Haut findet und fragt, ob die intensive acute Entzündung des subcutanen Bindegewebes bei Meerschweinchen mit der resultirenden Hyperplasie, Oedem und bisweilen Nekrose der Haut, die oft im Umkreis von 64—100 ccm rings um die Injectionsstelle auftritt, nicht eine einer Verbrennung ersten oder zweiten Grades analoge Hautlaesion darstellt. Es tritt wahrscheinlich Verschlechterung, wenn nicht Aufhebung der Hautfunctionen auf. LEFFERTS.

65) **W. A. Wells. Bemerkungen über diphtherischen Croup mit besonderer Berücksichtigung der Intubation. (Remarks on diphtheric croup with special reference to intubation.)** *Washington Medical Annals. März 1907.*

Ein sorgfältiges Resumé über bekannte Thatsachen nebst Beibringung statistischer Daten. EMIL MAYER.

66) **J. J. Dodson. Kehlkopfdiphtherie nebst besonderer Berücksichtigung der Intubation. (Laryngeal diphtheria with special reference to intubation.)** *Texas Medical Journal. März 1907.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **O. Kohnstamm** und **J. Wolffstein. Versuch einer physiologischen Anatomie der Vagusursprünge und des Kopfsympathicus.** *Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. VIII. S. 177. 1907.*

Verff. haben an Kaninchen und Hunden ein- und doppelseitige Recurrensdurchschneidungen vorgenommen und danach die dorsalen Vaguskerne intact gefunden; dagegen fand sich eine typische Degeneration des Nucleus ambiguus. Die Lehre van Gehuchten's und seines Schülers de Beule ist also nicht richtig: Nach den Untersuchungen von G.'s und de B.'s sollte der centrale Kern mit der Kehlkopfmuskulatur nichts zu thun haben, während der dorsale Kern nach Durchschneidung der Kehlkopfnerven angeblich degenerirte; Zerstörung des dorsalen Kerns sollte sofort das gleichseitige Stimmband zum Stillstand bringen!

Nach einseitiger Vagusdurchschneidung verfällt bei Hund oder Kaninchen der dorsale Vaguskern von seinem frontalen bis zum caudalen Ende einer unzweifelhaften Tigrolyse. Der dorsale Vaguskern entsendet demnach nur oder fast nur gleichseitige Wurzelfasern und zwar nur oder fast nur zum Vagus und nicht zum Glossopharyngeus. Es giebt aber Fasern, die in der dorsalsten Bogenfaser-

schicht verlaufend und von der Mittellinie herkommend sich im dorsalen Kern vertheilen. Die Massenhaftigkeit dieser Aufzweigungen lehrt, dass es sich nicht um spärliche gekreuzte Wurzelursprünge, sondern nur um Neuronenden handelt. Diese Fasern gehören also einem übergeordnetem Neuronsystem oder receptorischen Wurzeln der Gegenseite oder beiden an. Die sehr feinen Fasern aus dem dorsalen Kern verlaufen geradlinig in der Verbindungslinie des Kerns mit dem ventralen Pole des Griseum radicis spinalis nervi trigemini. Ausser den dorsalen receptorischen Wurzeln und der feinfaserigen ventralen Wurzelgruppe aus dem dorsalen Kern des Vagus und Accessorius giebt es eine intermediäre Wurzelgruppe, die frontal aus dem Ambiguus und caudal aus dem Vorderhornkern des Accessorius stammt. Diese letztere Gruppe findet ihre morphologische Fortsetzung frontalwärts in den Facialis- und noch weiter frontal in den Trigeminuswurzeln aus dem Nucleus masticatorius. Van Gehuchten glaubte, nach Ausreissung von Accessoriuswurzeln in Marchi-Degeneration befindliche Fasern im Recurrens bis zur Kehlkopfmuskulatur verfolgen zu können, und lässt sie aus dem dorsalen Kern, den er irrthümlich für den Kehlkopfkern hält, entspringen. Bestätigt sich dieser Marchibefund, so müsste der Ursprung der betreffenden Fasern in einzelnen Zellen gesucht werden, welche eine caudale Verlängerung des Ambiguus bilden. Eine so ausgesprochene Lücke zwischen dem Vorderhornkern des Accessorius und dem Ambiguus, wie sie Grabower fand, würde dann in Wirklichkeit nicht bestehen. Dass die Recurrensfasern nicht aus dem dorsalen Kern des Accessoriusgebietes und aus den bulbären Accessoriuswurzeln stammen können, ergiebt sich ferner aus den Kalibermessungen Gaskell's. Die bulbären Accessoriuswurzeln sind nämlich von feinstem Kaliber (1,8—3,6 μ), während die Recurrensfasern ein Kaliber von 10,8 μ besitzen. Die Zellen des ventralen Vaguskerns, des Nucleus ambiguus unterscheiden sich von den motorischen Typen der spinalen Muskelkerne und der Coordinationskerne des Hirnstammes durch etwas geringere Grösse, weniger klare Tigroidstructur und durch geringeren Grad der Tigrolyse nach Durchschneidung der in ihnen entspringenden Nervenfasern. Dies erklärt, warum bei den älteren Versuchsobjekten nach Recurrensdurchschneidung der dorsale Kern intact blieb, die Befunde am Ambiguus zu wünschen übrig liessen. Erst bei einer im Neurobiologischen Institut geschnittenen Paraffinserie vom Hirnstamme eines Kaninchens, dessen Recurrens 14 Tage vor dem Tode durchschnitten war, zeigte sich, dass der Ambiguus der Operationsseite sich deutlich und charakteristisch von dem des Gesunden unterscheidet. Die degenerirten Zellen beginnen caudal am frontalen Ende der Schleifenkreuzung bei geschlossenem Centralkanal und erstrecken sich ein Stück über die Ventrikelöffnung hinaus frontalwärts. Von dem gesund gebliebenen Theil des Ambiguus, der sich frontalwärts anschliesst, darf angenommen werden, dass er zum Laryngeus sup. und Glossopharyngeus gehört, soweit dieser die Schlundmuskulatur versorgt.

Ueber die receptorischen Wurzeln, die receptorischen Kerne, den Nucleus parasolitarius, die gekreuzten Wurzelsysteme und Nuclei salivatorii, die sich anschliessenden physiologischen Bemerkungen der bedeutsamen Arbeit möge das Original eingesehen werden.

Aus dem vergleichend anatomischen Theil soll folgende Zusammenfassung hervorgehoben werden: Da die Kehlkopfmuskulatur entsprechend ihrer Abstammung vom Pharynx- aus Kiemenmuskulatur hervorgegangen ist, muss sie auch von demselben Kernsystem innervirt werden, wie die ganze übrige Kiemenmuskulatur, nämlich von intermediären Wurzeln und von ventralen Kernen, also nicht vom dorsalen Vaguskern, sondern vom Nucleus ambiguus vagi und allenfalls solchen vereinzelten Zellen, die diesen caudal bis in die Gegend des Vorderhornkerns des Accessorius fortsetzen. So spricht auch das vergleichend anatomische Argument gegen die Lehre Gehuchten's von der Versorgung der Kehlkopfmuskulatur durch den dorsalen Vaguskern. Für den dorsalen Vaguskern bleibt nichts übrig als die motorische Innervation der inneren Organe, er ist im physiologischen Sinne der viscerale Vago-Accessoriuskern.

J. KATZENSTEIN.

68) **G. Perna. Ueber die Ganglienhaufen des N. laryngeus inferior beim Menschen und einigen Säugethieren. (Sopra gli accumuli gangliari del nervo laringeo inferiore nell'uomo ed in alcuni mammiferi.)** *Arch. di Anatomia e Embriologia. Fasc. II. 1905.*

Verf. berichtet über das Vorkommen von Ganglienzellen im X. Nerven in dem Abschnitt vom Ganglion nodosum bis zum Ursprung des N. laryngeus inferior und längs des Verlaufs dieses Nerven. Diese Zellen, die man sehr häufig beobachten kann, stehen mit den Fasern, die den N. laryngeus inferior zusammensetzen, in Beziehung; aus ihrer Häufigkeit und ihrem Vorkommen bei einigen niedern Wirbelthieren schliesst Verf., dass ihnen eine morphologische Bedeutung zukommt und dass sie keine Anomalien darstellen. Was die Function dieser Zellen anbelangt, so ist Verf. geneigt zu glauben, dass sie mit centripetalen oder sensiblen Fasern des N. laryngeus inferior in Zusammenhang stehen. Das Vorkommen cellulärer Elemente schliesse nicht aus, dass sensible Fasern im Nerv vorkommen, die aus dem Ramus pharyngeus oder der Ansa Galeni oder dem Laryngeus superior der andern Seite herstammen.

FINDER.

69) **R. Landesberg. Zur Frage der Lähmung des R. recurrens auf functioneller Basis.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61. H. 3/4.*

Verf. beschreibt folgenden Fall: Pat., ein 18jähriger Contorist, nahm 17. Juli 1905 durch 5 Stunden ein Sandbad, badete in schwachströmendem Wasser, hat nachher, obwohl er schwitzte, kaltes Bier getrunken. Am nächsten Tage wurde er heiser. Es wurde eine Stimmbandlähmung von einem Arzte festgestellt und ohne Erfolg mit einer Schwitzkur, Einblasungen in den Kehlkopf und Landaufenthalt behandelt. L. sah den Kranken zuerst am 30. October 1905. Er beobachtete an der Epiglottis bei der Phonation eine Andeutung von Drehung nach der rechten, gesunden Seite. Diese Drehung soll durch Contraction des M. aryepiglotticus der gesunden Seite bei Ausfall der Wirkung des Muskels auf der gelähmten Seite zu Stande kommen. Das linke Stimmband steht in der Mitte zwischen Inspirationsstellung und Phonationsstellung fest, das rechte functionirt normal, der Rand des linken Stimmbandes sieht wie ausgehöhlt aus. Das linke

Lig. aryepiglotticum und der linke Aryknorpel stehen in Folge des Ausfalles des den Aryknorpel nach aussen und hinten ziehenden Erweiterers nach innen und vorne. Bei der Respiration werden am Aryknorpel der gelähmten Seite Bewegungen vorgenommen, die mit den von L. v. Schrötter beschriebenen „Pendelbewegungen" zu identificiren sind. Nach Ausschluss aller übrigen Möglichkeiten wurde die Diagnose auf eine functionelle linksseitige Recurrenslähmung gestellt. Der Kranke wurde einer milden Kaltwasserprocedur unterworfen, das Stimmband der gelähmten Seite wurde täglich faradisirt. Dadurch wurde in 4 Wochen die schnarrende, sich oft überschnappende Stimme gebessert, objectiv wurde eine fast völlige Wiederherstellung der Function der Glottisverengerer constatirt. Nach 10 Sitzungen von endolaryngealer Massage functionirte auch die Abduction wieder normal. Die Heilung dauerte an. J. KATZENSTEIN.

70) **Antonino Maragliano. Histologische Veränderungen der N. laryngei inferiores infolge Compression. (Alterazioni istologiche dei nervi laringei inferiori consecutive a compressione.)** *Arch. Ital. di Laringologia. I. 1907.*

Verf. hat sich besonders die Aufgabe gestellt, zu ermitteln, wie lange die Compression andauern muss, um eine völlige Degeneration der Nerven herbeizuführen. Nach einer Uebersicht über die Literatur theilt er seine eigenen Versuchsergebnisse mit. Um eine Compression herbeizuführen, legte er längs des Verlaufs des Recurrens bei Hunden Laminariastifte, nach verschieden langer Zeit resecirte er dann den Nerv und untersuchte ihn. Er fand, dass nach 11 Tagen eine Degeneration des Myelins der einzelnen Nervenfasern zu constatiren war; diese Degeneration ist nach 30 Tagen nicht nur in allen Fasern eine vollständige, sie hat auch auf die Schwann'sche Scheide übergegriffen. Nach 60 Tagen hat sich die Nervenfaser in fibröses Gewebe umgeändert. Entfernt man den Fremdkörper und bleibt das Thier noch einige Zeit am Leben, so sieht man an einigen Fasern beginnende Regeneration. FINDER.

71) **Gerardo Sgobbo. Ob nach Läsionen des N. laryngeus inferior wie bei anderen Nerven degenerative und regenerative Vorgänge auftreten? (Se in seguito a lesioni del laringeo inferiore si determinano, come negli altri nervi, processi degenerativi e rigenerativi.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1906.*

Zur Beantwortung der vorgelegten Frage hat Verf. Versuche an Hunden und Kaninchen angestellt, indem er verschiedene Operationen ausführte. Einfache Durchschneidung und Vernähung der Stümpfe, Resection und Naht, Abtragung eines Stücks der Nerven und Ersetzung durch den N. cruralis derselben Seite. Das Ergebniss war: Bei verschiedenartigster Laesion der Nerven erfolgte sowohl im centralen wie im peripheren Stumpfe Verlust jeder Spur von Erregbarkeit. Das Stimmband der verletzten Seite wurde unbeweglich und zeigte alle makroskopischen Erscheinungen der Atrophie. Unterbricht man die Continuität des N. laryng. inf., so degeneriren die beiden Stümpfe, was bei der einfachen Durchschneidung weniger ausgesprochen ist, mehr bei der Resection und meistens bei Resection und Substitution eines anderen Nerven. Die Degeneration tritt zuerst nächst der Stelle der

Verletzung auf (primäre Degeneration) und verbreitet sich von da weiter (secundäre Degeneration). Der Degenerationsprocess ist im peripheren Stumpf viel stärker als im centralen und betrifft fast alle Nervenfasern. Das Myelin zerfällt in oblonge, irreguläre Massen, dann in sphärische Gebilde, Tropfen und schliesslich in feine Granulationen.

FINDER

72) **W. Koellreutter** (Rostock). **Mitralstenose und Recurrenslähmung.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1907.*

Die verschiedenen in der Literatur niedergelegten Fälle von Recurrenslähmung, ausschliesslich infolge von Mitralstenose, sind nicht alle einwandfrei. Nur die Autopsie kann mit Sicherheit andere Ursachen ausschliessen. Wie schwierig bisweilen die ätiologische Diagnose ist, beweist ein vom Autor mitgetheilter Fall, bei dem klinisch zunächst nur eine Mitralstenose zu diagnostiren war, und auch die Radiographie im Stich liess. Die Zuhilfenahme der Endoskopie förderte die Diagnose in der Richtung, dass — bei normalem ösophagoskopischen Befund — die directe Tracheoskopie eine Verlagerung und Verfärbung der Trachea erkennen liess, als deren Ursache Autor einen Tumor annimmt. Jedenfalls sollten Oesophagokopie und Tracheoskopie als diagnostische Hilfsmittel auch bei diesen Fällen mehr herangezogen werden, ohne dass jedoch ein auch hierbei negativer Befund die Diagnose „Recurrenslähmung infolge von Mitralstenose" gewährleiste.

HECHT.

73) **Emerich Fischer. Ueber gutartige Kehlkopftumoren.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 1906.*

Die 22jährige Kranke hat eine Flüsterstimme und Anfälle von Dyspnoë. Bei der Laryngoskopie sieht man im Kehlkopfe eine nussgrosse, blassrothe, himbeerförmige Geschwulst, welche vom linken Stimmbande ausgeht. Nach Tracheotomia inferior Laryngofission mit Durchschneidung des Schildknorpels und des Ligament. conicum; Ringknorpel unberührt. Exstirpation des Tumors, Naht des Schildknorpels und der Haut. Kranke verliess das Spital geheilt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Papillom. Stimme rein.

v. NAVRATIL.

74) **Otto Kahler** (Wien). **Ein Beitrag zur Genese der Epiglottiscysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 8. 1905.*

Haselnussgrosse, breit gestielte Cysten an den lingualen Flächen, beim Versuch, sie mit der Schlinge abzuschnüren, reisst die Wandung ein, es entleert sich eine atherombreiartige hellgelbe teigige Masse. Der Balg wird mit der Larynxpincette stückweise abgetragen. — Die histologische Untersuchung der Cystenwand wird beschrieben und durch eine Abbildung illustrirt. Auf Grund derselben hält Verf. die Cysten für eine durch embryonale Abschnürung eines Epithelkeimes entstandene Cyste. Die embryonalen Cysten, die eine besondere Gruppe neben den häufigeren Retentionscysten bilden, sind theils auf diese Weise, durch die embryonale Abschnürung eines Epithelkeimes, zu erklären, theils stehen sie mit dem branchiogenen System in Zusammenhang.

F. KLEMPERER.

75) **Egmont Baumgarten. Zur Genese der Epiglottiscysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 354. 1905.*

Taubeneigrosse, grünlich durchschimmernde, blasenartige Geschwulst an der lingualen Seite der Epiglottis ansetzend, füllt fast den ganzen Isthmus faucium aus; erstaunlicher Weise hat Pat. keine Athemnoth, ein fremdes Gefühl im Halse und die Veränderung der Sprache führen ihn zum Arzte. Die Operation gestaltet sich sehr schwierig und wird nur in mehreren Sitzungen durchgeführt wegen der excessiven Härte der Wand, die sich nur mit der Scheere entfernen lässt. Nach Abtragung der halben Cyste rollt sich die zurückgebliebene halbe Wand so ein, dass wieder eine complette gefüllte Cyste vorliegt, auch diese wird mit der Pincette hochgezogen und unter grosser Kraftentfaltung mit der Scheere abgetragen. Der Cysteninhalt ist grau, syrupartig, fadenziehend, fast gelatinös. Verf. nimmt an, dass dies Gebilde ein Schleimbeutel war.

F. KLEMPERER.

76) **E. Albrecht** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von Plasmocytom des Sinus Morgagni.** *Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. I. Heft 1. 1907.*

Von Vohsen wurde aus dem rechten Taschenband und dem Sinus Morgagni eines 55jährigen Landwirths ein Tumor exstipirt, dessen histologische Untersuchung durch Albrecht ergab, dass die Zellenmasse durchweg die charakteristischen Eigenschaften der Plasmazellen besassen, daher der Name Plasmocytom für die Geschwulst. Die letzten bisher von Wright und Hoffmann beschriebenen Tumoren waren maligner Natur, während in dem neu beschriebenen Falle es sich zweifellos um ein benignes Plasmocytom handelt.

SEIFERT.

77) **Litschkus. Zur Casuistik der Kehlkopfcysten. (K kasuistike kist gortani)** *Jeshemesjatachnik. No. 11. 1907.*

L. geht zunächst auf die Aetiologie der Kehlkopfgeschwülste, im Speciellen auf die der Cysten ein. Nach der Anschauung L.'s hat Invasez bewiesen, dass Entzündungen und Katarrhe die Hauptursache für die Entstehung der Cysten abgeben, da es sich hauptsächlich um Retentionscysten handelt. — Pathologisch-anatomisch gehören Cysten zu den gutartigen Geschwülsten, klinisch machen sie mitunter unangenehme Erscheinungen.

Die Cyste sass im vorderen Drittel des rechten Stimmbandes und wurde mit Kehlkopfzangen leicht entfernt.

P. HELLAT.

78) **W. Koellreutter** (Rostock). **Zur Behandlung der Kehlkopfpapillome.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1907.*

Autor theilt die Auffassung von Némas-Ofenpest, dass die Ausheilung der Kehlkopfpapillome durchaus nicht von der Art der Operation, vielleicht auch nicht von der mehr oder weniger gelungenen Gründlichkeit der Operation abhänge, sondern einzig und allein vom spontanen Aufhören oder Erschöpfen der Recidivfähigkeit dieser Gebilde. Die Erfolge, die Köllreutter, Körner und Killian mit der internen Arsenik-Medication erzielten, fasst Autor dahin zusammen, dass „die Arsenik-Medication bei Kehlkopfpapillomen keinen Ersatz für die operativen Methoden bildet, sondern im Verein mit den operativen Methoden im Stande ist, das Recidiviren der Tumoren von vornherein zu unterdrücken". Verf. berichtet aus

seinem Material über 4 Fälle in extenso, die den Erfolg illustriren. Bei dem einen Fall verschwanden sogar Recidive auf Arsen vollständig ohne weiteren Eingriff.

HECHT.

79) **H. Holbrook Curtis. Stimmbandknötchen. (Vocal nodules.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

In der Erwiderung auf einen Aufsatz von Miller sagt Verf., dass seine Methode seit 15 Jahren von den grössten Sängern als das wirksamste Mittel gegen die Sängerknötchen angenommen sei und dass diese Thatsache für die Richtigkeit seiner Anschauungen spreche. Unter den Künstlern, an denen er seine Theorie über Stimmgebung und Behandlung der Sängerknötchen studirt hat, nennt er de Reszke, Melba, Sembrich, Patti, Ternina, Caruso u. a.

EMIL MAYER.

80) **Malzew. Angiom des Larynx. (Angioma kortani.)** *Mitth. der Baz. Klinik. Bd. 2. S. 56.*

Die Geschwulst sass auf dem linken Arytänoidknorpel, bedeckte den Eingang zum Larynx; breitbasig. Die Entfernung wurde ohne Blutung mit einer heissen Schlinge ausgeführt. Die Geschwulst wog 14 g. Auf dem Durchschnitt hat die Geschwulst schwammigen cavernösen Charakter.

Mehrere gute Illustrationen.

P. HELLAT.

81) **Sebileau** (Paris). **Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Epitheliom. (Exstirpation totale du larynx pour un épithelioma.)** *Société de chirurgie. 24. April 1907.*

Vorstellung eines vor drei Monaten operirten Patienten. Es ist dies der siebente in einer Serie von Fällen, die ohne Zwischenfälle zur Heilung kamen. S. glaubt daher, dass die totale Laryngectomie weit davon entfernt ist, eine so schwere Operation zu sein, wie allgemein angenommen wird.

GONTIER de la ROCHE.

f. Schilddrüse.

82) **Notiz des Herausgebers. Der Einfluss des Schilddrüsenextractes auf die Entwickelung des Embryo. (The influence of thyroid extract on the development of the embryo.)** *N. Y. Medical Record. 7. Februar 1907.*

Die Notiz nimmt Bezug auf die Arbeit von Bleibtreu (Deutsche Medic. Wochenschrift) über die Resultate bei der Anwendung von Schilddrüsenextract bei trächtigen Kaninchen, aus denen sich folgern lässt, dass der Extract die Entwicklung des Embryos erheblich beeinträchtigen kann.

LEFFERTS.

83) **S. R. Slaymaker. Ueber die Aetiologie des Kropfs. (On the etiology o goiter.)** *Clinical Review. Februar 1905.*

Eine Uebersicht über die Baumann'schen Untersuchungen.

EMIL MAYER.

84) **Plancher** (Lyon) und **Richard** (Paris). **Der Kropf beim Neugeborenen. (Le goitre chez le nouveau-né.)** *Gazette des hôpitaux. 9. Mai 1907.*

Es handelt sich meist um Gefässkröpfe, die zweifellos auf Compressionen „in

utero" zurückzuführen sind. Die Mortalität ist ziemlich gross, sie betrug in 50 Fällen 39. Die am wenigsten gefährliche Behandlung ist die Exothyropexie.

GONTIER de la ROCHE.

85) **Challer** (Lyon). **Morbus Basedow. Heilung durch Strumectomie. (Goitre Basedowien. Guérison par l'ablation.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 24. April 1907.*

Patient zeigte seit 12 Jahren einen Kropf mit Basedow'schen Symptomen. Die intracapsuläre Exstirpation hatte die besten Folgen und die Symptome Basedow'scher Erkrankung verschwanden.

GONTIER de la ROCHE.

86) **Henry L. Elsner** und **Joseph R. Wiseman. Der therapeutische Werth des Antithyreoidin bei der Behandlung von Morbus Basedow und verwandten Affectionen. Vorläufiger Bericht. (The therapeutic value of antithyreoidin in the treatment of exophthalmic goitre and kindred affections; a preliminary report.)** *New York State Journal of Medicine. Juni 1906. Merck's Archives. October 1906.*

1. In allen Fällen der Verff. ergaben Blutdruckuntersuchungen, dass trotz eines kleinen und dünnen Pulses das Sphygmomanometer erhöhten Druck anzeigte. Auch wenn der Puls unter der Behandlung an Spannung und Charakter sich besserte, nahm der Blutdruck nicht merkbar ab.

2. Bei Betrachtungen über die Wirksamkeit des Antithyreoidin muss man bedenken, dass wir heute die Prognose des Morbus Basedow im Allgemeinen für günstiger halten, als dies früher geschah, dass typische sowohl wie atypische Fälle ausgesprochene Neigung zu Remissionen mit verhältnissmässigem Wohlbefinden während vieler Jahre aufweisen und dass acute Exacerbationen der Erscheinungen nicht selten sind.

3. Wir sind sicher, dass Antithyreoidin zur Erleichterung von quälenden und alarmirenden Symptomen in typischen und atypischen Fällen benutzt werden kann. Die grösste Besserung zeigt die Tachycardie, die Präcordialangst und der Tremor. Die Besserung wird beschleunigt durch Bettruhe und Diät. Jedoch führen Bettruhe und Diät allein, ohne gleichzeitige Anwendung von Antithyreoidin, nicht denselben Grad von Besserung herbei.

4. Besserung einer oder mehrerer Symptome tritt mit Wahrscheinlichkeit 3—7 Tage nach Beginn der Kur ein. Ist nach 3—4 wöchiger Anwendung des Mittels keine Besserung zu verzeichnen, so spricht dies dagegen, dass eine fortgesetzte Kur schliesslich günstige Wirkung haben werde. In schweren Fällen muss die Behandlung mehrere Monate fortgesetzt werden. In allen Fällen ist es empfehlenswerth, nach Verschwinden der subjectiven Symptome das Antithyreoidin in Intervallen von 2—3 Monaten vier bis acht Wochen lang gebrauchen zu lassen.

5. Fälle ohne ausgesprochene Kropfbildung mit geringem Exophthalmus, Tremor und Gräfe'schem Symptome haben sehr gut auf die Antithyreoidinbehandlung reagirt. Die vergrösserte Schilddrüse ist merklich kleiner geworden, ohne jedoch zu ihrer normalen Grösse zurückzukehren.

6. Exophthalmus ist nach Erfahrung der Verff. das widerspenstigste Symptom, und weicht der Antithyreoidinbehandlung niemals ganz.

7. Die nervösen Symptome lassen gewöhnlich nach, wenn die Herzaction langsamer wird.

8. Die Mehrzahl der Patienten nahmen an Gewicht zu.

9. Das Antithyreoidin erwies sich in allen Fällen als gefahrlos. Es kann auch während der Schwangerschaft ohne Gefahr für Mutter und Fötus gegeben werden. Hypertrophie und Dilatation des Herzens sind keine Contraindication.

EMIL MAYER.

87) **W. G. Morton. Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. April 1907.*

Beschreibung eines Falls mit einigen ungewöhnlichen Symptomen. Es handelte sich um eine Patientin in ziemlich vorgerücktem Alter — 58 Jahre — bei der die Erscheinungen ziemlich plötzlich im Anschluss an einen psychischen Shock auftraten. Es bestand auch ziemlich ausgesprochene Erweiterung der Abdominalaorta, durch die ein Aneurysma vorgetäuscht wurde, und hartnäckiges Erbrechen. Medicamente wurden ohne Erfolg angewandt, nach 3 Monaten waren die Symptome jedoch völlig verschwunden.

A. J. BRADY.

88) **W. G. Thompson. Klinische Studie über 80 Fälle von Morbus Basedow. (Clinical study of eighty cases of exophthalmic goiter.)** *American Journal of Medical Sciences. December 1906.*

Die bemerkenswerthesten Thatsachen, die sich aus der Untersuchung des Verf. ergeben, sind: die Häufigkeit ernstlicher acuter fieberhafter Exacerbationen mit Herzdilatation; das sehr häufige mit diesen Exacerbationen verbundene Auftreten einer Tonsillitis; die Möglichkeit, diese Zustände mit maligner Endocarditis oder anderen Formen acuter allgemeiner Sepsis zu verwechseln. In keinem Fall des Verf. scheint Shock als ätiologisches Moment eine Rolle gespielt zu haben. In allen Fällen war die Schilddrüse mehr oder minder vergrössert. In 14 Fällen war besonders die rechte, in 9 die linke Seite hyperplasirt. Das Herz war in vielen Fällen vergrössert und in der Hälfte der Fälle hörte man Geräusche. Häufig verschwanden letztere unter der Behandlung. Gastro-intestinale Symptome bestanden im vierten Theil aller Fälle; sie bestanden in unregelmässigen Anfällen von Erbrechen und Diarrhoe, in Bauchkrämpfen und Gefühl von Völle. Eine — oft sehr erhebliche — Gewichtsabnahme liess sich in einem Drittel aller Fälle constatiren. In 23 Fällen wurde Oedem beobachtet, in 10 Erythem. Schwangerschaft übt entweder auf den Zustand keinen Einfluss aus oder Patientin befindet sich während derselben sogar besser. In drei Fällen bestand gleichzeitig Diabetes. Schilddrüsenextract wirkte bei neun Patienten, bei denen es angewandt wurde, verschlechternd auf den Zustand. Die Dauer der Krankheit variirt von 6 Wochen bis zu 25 Jahren, jedoch in mehr als einem Viertel der Fälle bestanden die Symptome seit 2—4 Jahren. Acht Fälle verliefen tödtlich.

EMIL MAYER.

89) **R. Freund** (Danzig, Hansasanatorium). **Die Röntgenbehandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1907.*

Autor berichtet in extenso über fünf einschlägige Fälle, deren Resultat ihn zu folgenden Schlussfolgerungen veranlasst: 1. Die Röntgenstrahlen erfüllen bei

der Basedow'schen Krankheit die causale Indication, indem sie die krankhaft secernirende Basedowstruma zum Schwinden bringen. Sie wirken stets günstig auf das Körpergewicht und auf die nervösen Erscheinungen, doch auch die übrigen Symptome können schwinden so: Herzgeräusche, Struma und Exophthalmus.

2. Die weichen, vasculären ausdrückbaren Strumen geben die günstigste Prognose, die Erscheinungen bilden sich um so schneller zurück, je jünger sie sind."

HECHT

g. Oesophagus.

90) **Franke. Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus. (The removal of foreign bodies from the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 20. April 1907.*

Fr. hat gefunden, dass es nicht immer nöthig ist, wenn die Entfernung vom Mund aus sich als unmöglich herausstellt, die Oesophagotomie zu machen. Seine Methode besteht darin, den Oesophagus in der für die Oesophagotomie vorgeschriebenen Weise freizulegen und dann durch Manipulationen mit den Fingern von aussen her den Fremdkörper allmählich soweit nach oben zu schieben, bis er mit einem Instrument vom Munde her ergriffen werden kann. Fr. berichtet über einen Fall, in dem er auf diese Weise ein künstliches Gebiss, das im oberen Theil des Oesophagus festgekeilt war, entfernen konnte.

LEFFERTS.

91) **S. H. Large. Fremdkörper des Oesophagus mittels des Oesophagoskops entfernt. (Foreign body of esophagus removed by aid of esophagoscope.)** *Cleveland Medical Journal. März 1907.*

Eine Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper in der Speiseröhre in der Höhe zwischen den Sternoclaviculargelenken. Die Entfernung gelang leicht unter allgemeiner Narkose.

EMIL MAYER.

92) **Emil Mayer. Fall von Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (Case of foreign body removed from oesophagus.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Ein $2^1/_2$jähriges Kind verschluckte beim Spielen eine Münze. Eine Röntgenaufnahme zeigte deutlich den Fremdkörper. Derselbe wurde durch eine bronchoskopische Röhre hindurch mittels der langen Zange, die bei dem Killian'schen Instrumentarium ist, extrahirt.

EMIL MAYER.

93) **W. S. Wyatt. Fremdkörper im Oesophagus nebst Bericht über einen Fall. (Foreign body in the esophagus with report of a case.)** *International Journal of Surgery. Januar 1907.*

Ein 18 Monate altes Kind hatte einen Kragenknopf verschluckt. Nach 6 Wochen wurde erst die Tracheotomie, dann die Oesophagotomie gemacht und der Knopf entfernt. Das Kind starb nach 3 Tagen.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XIV. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Heidelberg, Pfingsten, 20. Mai 1907.

Offizieller Bericht des Schriftführers Felix Blumenfeld (Wiesbaden).

Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei A. Stuber (Würzburg).

I.

Den Vorsitz der von 88 Mitgliedern besuchten Versammlung führte Professor Lindt (Bern).

1. Siebenmann (Basel): Ein Fall von Mitbetheiligung der Schleimhaut der oberen Luftwege bei universeller ichthyosiformer Erkrankung der Körperoberfläche.

19jähriges Mädchen, dessen Mutter an ähnlichen Hautveränderungen gelitten hat, bietet an der Haut des Körpers das Bild einer Ichthyosis, jedoch handelt es sich jedenfalls um keine ganz reine, typische Form dieser Krankheit. Während die übrigen Schleimhäute sich normal verhalten, finden sich graue und opake Flecken in Mund, Rachen und Kehlkopf. Die Schleimhaut der Ober- und Unterlippe ist bis an die Umschlagfalte zum Alveolarfortsatz hin undurchscheinend, grau, verdickt ohne Rhagadenbildung. Zahnfleischsaum etwas geschwellt und getrübt, Wangenschleimhaut normal. Unterfläche der Zunge plattenartig verdickt mit narbig eingesenkten Stellen, die Zungentonsille ist graugelb gefleckt. Aehnliche Veränderungen an Gaumen, Gaumenbögen und Tonsillen. Endlich pachydermische Stellen auf der Spitze der Epiglottis, hinteren Larynxwand und beiden Stimmbändern.

Die histologische Untersuchung von genannten Orten entnommener Theile entspricht betreffs der Schleimhaut von Rachen, Kehlkopf und Zunge dem Bilde einer mässig entwickelten Pachydermie, die Lippenschleimhaut zeigt ein ganz anderes Bild in Bezug auf den Papillarkörper. Der grösste Theil der elastischen Fasern ist gequollen, färbt sich mit van Gieson gelb, nur die ebenfalls gequollenen collagenen Fasern färben sich roth, Gefässwände und Membr. propriae der Schleimdrüsen verdickt und hyalin degenerirt, letztere selbst atrophirt; Papillen reichlicher, weniger regelmässig angeordnet, die obersten Schichten der Schleimhaut sind verhornt.

Discussion:

Seifert: Es scheint sich um einen Mischprocess zwischen Hyperkeratose und Sclerodermie zu handeln.

Jessen fragt an, ob therapeutisch Salicyl verwandt sei.

Siebenmann (Schlusswort).

2. Seifert (Würzburg): Beitrag zu der Kenntniss von den toxischen Kehlkopflähmungen.

Diese Lähmungen finden sich recht selten in der neueren wie älteren Litteratur beschrieben. Es handelt sich um folgenden Fall: 48jähriger, kräftiger Bauersmann erkrankt, nachdem er Tags über bei Wind, der ihm den Staub ins

Gesicht trieb, mit Kupfervitriol behandeltes Getreide gesät hatte, abends an den Erscheinungen einer acuten Gastro-Enteritis. Nach 14 Tagen erholte sich der Kranke, wurde aber von einer schweren Stimmstörung befallen. Nach etwa 4 Wochen (1. November 1905) folgender Status: Stimme unrein, heiser, überschlagend. Rechtes Stimmband functionirt normal, das linke steht in Cadaverstellung. Im Uebrigen an Brustorganen etc. nichts Abnormes; auch die tracheoskopische Untersuchung und die Sondirung der Speiseröhre ergiebt nichts Abnormes. Therapie: Massage, Electricität, später kleine Dosen von Jodkali. Die Prognose wurde von Beginn an günstig gestellt; thatsächlich war auch am 8. Februar 1906 die Stimme wieder vollkommen klar, Singen wieder möglich, nur noch eine leichte Ermüdbarkeit vorhanden, die Bewegungen des linken Stimmbandes waren wie die des gesund gebliebenen rechten. Diese Lähmung beruht fraglos auf einer Giftwirkung des verschluckten Kupferstaubes. Eine weitere Gruppe von toxischen Kehlkopflähmungen entsteht nach Infectionskrankheiten, bei Diphtherie etc; sie dürften als Neuritiden angesehen werden. Die Krankengeschichte eines 50jährigen, sonst gesunden Arztes, der nach einer Influenza eine Recurrenslähmung bekam, illustrirt diese Klasse von toxischen Kehlkopflähmungen. Auch hier ergab sich die von Beginn an gut gestellte Prognose als richtig.

Zur Discussion, die wesentlich die Frage erörtert, nach welcher Zeit eine Recurrenslähmung sich noch zurückbilden kann, sprachen die Herren Avellis, Werner, Lindt, Schäfer, Jurasz, Sacki und der Vortragende.

3. Avellis (Frankfurt a. M.): a) Laryngotomie ohne Kanüle und ohne Chloroform in Scopolaminmorphium-Narkose.

Fall von typischem Carcinom des linken Ventrikels, bei 70jährigem Manne. Scopolamin 0,003, Morphin 0,01 bei verstopften Ohren im Dunkelzimmer injicirt, dann typische Operation mit Spaltung der oberen Trachealringe. Entfernung des Tumors und Zerstörung der Umgebung mit dem Cauter. Der Knorpel wird vereinigt, alles andere bleibt offen, keine Tamponade, keine Kanüle. In einem zweiten Falle trat bei gleichem Vorgehen Nachblutung auf, deshalb nachträgliches Einführen einer Kanüle mit unterer Tamponade. Nach der Operation Bauchlage, um den Abfluss der Sekrete zu sichern. Der Kranke kann sofort wieder schlucken, was ein wesentlicher Vortheil des Vorgehens ist, er steht nach 1—2 Tagen auf. Auf frühzeitige Diagnose des Kehlkopfcarcinoms ist das grösste Gewicht zu legen. Die endolaryngeale Operation ist nicht zu empfehlen. Im zweiten Falle ergab sich bei der Laryngofissur ein zweites Carcinom auf der im laryngoskopischen Bilde gesunden Seite.

3. Avellis: b) Ueber Kehlkopfluftsäcke beim Menschen. (Laryngocele.)

Vierjähriges Kind, das wegen Heiserkeit dem Arzte zugeführt wurde. In letzter Zeit bildete sich bei kräftigem und anhaltendem Schreien eine Anschwellung aussen am Halse; dieselbe wölbt sich zu beiden Seiten des Schildknorpels einerseits bis zum Kieferrand, andererseits bis fast zum Schlüsselbein; sie ist weich und tympanitisch, beim Nachlassen des Schreiens geht die Schwellung langsam

zurück, auch bei starkem Husten erscheint sie; keine Atemnoth, Operation vorläufig nicht indicirt. Sonstige Missbildungen fehlen.

A. Schliesst hieran weitere Ausführungen über die entwicklungsgeschichtliche Genese der Luftsäcke.

Discussion: Weiss und Schilling berichten ebenfalls über Fälle von Laryngocelen. Schilling hält die Bauchlage nach der Scopolamin-Morphium-Narkose nicht für unbedingt erforderlich.

Avellis (Schlusswort) hält an der Empfehlung der Bauchlage fest. Betreffs der Laryngocelen ist er nicht der Ansicht, dass eine Operation nöthig sei.

4. Vohsen (Frankfurt a. M.): Werth der Durchleuchtung bei Erkrankungen der Stirnhöhle.

Die Methode, vor 17 Jahren von V. bekannt gegeben, hat sich noch nicht den Platz erobert, der ihr bei der Diagnose der Stirnhöhlenerkrankung gebührt. Alle bekannten diagnostischen Behelfe und Symptome sind unsicher, eventl. nicht in allen Fällen anwendbar, wie z. B. die Sondirung, Ausspülung. Der Grundgedanke, der V. bei der Durchleuchtung leitete, war, von der Basis aus die horizontale und vertikale Ausdehnung der Stirnhöhle dadurch sichtbar zu machen, dass wir gut abgeblendetes Licht in die Höhle senden; hierzu ist allerdings ein gutes Instrumentarium, das es gestattet, vollkommen abgeblendetes Licht in die Stirnhöhle zu werfen, unbedingt erforderlich. Die Durchleuchtung der Stirnhöhle von der vorderen Wand aus leistet nicht dasselbe wie die von der Basis aus, doch ist sie als Ergänzung der Vohsen'schen Methode unter Umständen von Werth, da sie z. B. Auskunft geben kann über die sagittale Ausdehnung der Stirnhöhle.

V. hat eine neue Durchleuchtungslampe bei O. Ebert (Frankfurt a. M.) construirt, deren wichtigster Theil für diese Zwecke die Kappe zum Abblenden ist; sie muss exact schliessen, sie muss gestatten, dass der Leuchtkörper dicht unter die obere Oeffnung tritt, ihr gut abgerundeter Rand muss so gearbeitet sein, dass er auch bei starkem Druck beim Aufsetzen — und ein solcher ist nöthig — keine Schmerzempfindung veranlasst. Eine den Verhältnissen des betreffenden Theiles des Orbitaldaches sich richtig anpassende Lampe ist ebenso unerlässlich zum Gelingen der Durchleuchtung, wie absolute Verdunklung des Untersuchungsraumes. Die Untersuchungsmethode erfordert eine genaue Beachtung gewisser technischer Feinheiten (Einschalten des Lichts etc.), wie auch eine Gewöhnung des Auges an die Abstufungen der Helligkeit, die erworben sein will. Die Methode Gerber's, der 2 Vohsen'sche Durchleuchtungsapparate zugleich anwendet, um Vergleiche der Helligkeit anstellen zu können, ist nicht durchführbar. Es kommt auch auf die Helligkeitsunterschiede allein nicht an, vielmehr ist Vohsen's Durchleuchtung auch noch in anderer Weise zur Diagnose zu verwerthen, nämlich in Bezug auf die Stellung des Septums. Ueberschreitet der gleichmässig durchleuchtete Bezirk stark die Mittellinie, so ist mit Fehlen des Septums zu rechnen, wenn die andere Seite bei der Durchleuchtung dunkel bleibt: auch auf die Stellung des Septums und auf Verschiedenheiten der Grösse bei der Stirnhöhle lässt sich aus der Durchleuchtung schliessen.

Der Durchleuchtung steht die Röntgendurchstrahlung im sagittalen Durch-

messer nicht überlegen gegenüber; auch hier fällt wie das auch für die Durchleuchtung der Fall ist, die Dicke der Knochenwandungen ins Gewicht, sowohl die der hinteren wie der vorderen, während bei der Durchleuchtung nur die Dicke der vorderen Wand von Bedeutung ist. V. ist der Ansicht, dass das kostspieligere und umständlichere Röntgenverfahren für die Diagnose der Stirnhöhlenerkrankungen keinerlei Vorzüge hat; das Gleiche gilt von der Sondencontrole durch Röntgenstrahlen nach Scheyer. V. resumirt: „Die Durchleuchtung nach meiner Methode ist bei latenten Erkrankungen der Stirnhöhlen eines der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel. Sie kann von der Meyer'schen Modification unterstützt, von der Röntgendurchstrahlung in sagittaler Richtung ersetzt werden. Letztere aber zeigt bis jetzt keine Ueberlegenheit gegenüber meiner Methode; wohl fixirt sie im Radiogramm dauernd den Eindruck, dagegen entfallen bei ihr die wichtigen Symptome der Septumdurchleuchtung."

5. Oppikofer (Basel): Mikroskopische Befunde von Nebenhöhlenschleimhäuten bei chronischem Empyem.

Bis jetzt wurde auf Veranlassung von Herrn Professor Siebenmann die Schleimhaut von 100 chronisch eiternden Nebenhöhlen untersucht, einige Präparate werden vorgelegt. Plattenepithel wurde unter diesen Fällen überraschend häufig gefunden, unter hundert Fällen 35 Mal, und zwar in 66 Kieferhöhlen 27 Mal, 22 Stirnhöhlen 7 Mal, 10 Siebbeinzellen 1 Mal.

Bei den einzigen zwei Keilbeinhöhleneiterungen, die O. untersuchte, fand sich nur Cylinderepithel. Das Plattenepithel ist vorwiegend nur auf einige Theile der Schleimhaut beschränkt, nur selten war die Metaplasie ausgedehnt. Wichtig war das Resultat einer Untersuchung der Stirnhöhlenschleimhaut, die man makroskopisch für acut entzündet hätte halten können, doch zeigte das Präparat dickes Plattenepithel mit Verhornung. Die Metaplasie kommt also, wie O. sich an 65 Fällen acuter Nebenhöhleneiterung überzeugen konnte, bei der acuten Form nicht vor. Plattenepithel in einem gewonnenen Schleimhautstück einer Nasenhöhle lässt also einen Schluss auf den Charakter der Eiterung insofern zu, als das Vorhandensein von Plattenepithel auf chronische Eiterung deutet, das Fehlen desselben schliesst aber solche nicht aus. Bemerkenswerth ist, dass das Plattenepithel sich ebenso wie in der Nase namentlich auf der Höhe einer Schleimhautfalte findet. Ein Präparat (durch Operation nach Luc gewonnen) zeigte beginnendes Carcinom, das auf die Schleimhaut beschränkt war; die sorgfältige Auskratzung der Schleimhaut — die Diagnose Carcinom wurde erst später gestellt — hat ein Recidiv verhütet. Ausserdem fand sich hier ein Kalkconcrement.

Eine strenge Eintheilung der Nebenhöhleneiterungen in solche von oedematösem und solche von fibromatösem Typus erwies sich als nicht durchführbar.

6. Denker (Erlangen): Weitere Erfahrungen über die Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.

Vor zwei Jahren publicirte Denker drei Fälle von hartnäckigem, langwierigem Empyem der Kieferhöhle, die nach seinem Verfahren operirt und geheilt sind; diesen schliessen sich 15 weitere an, die zur Operation kamen, ohne dass etwa eine Erweiterung der Indication auch auf leichtere Fälle stattgefunden hätte,

vielmehr handelte es sich auch hier um Fälle, die sich einer conservativeren Behandlungsweise als unzugänglich erwiesen hatten. In einem Falle wurde als (kürzeste) Dauer des Bestehens $^3/_4$ Jahre angegeben, in den übrigen Fällen hatte sie mehrere (bis zu 16) Jahren gedauert. Das Verfahren, welches D. einschlägt, ist eine Combination der Operation von Luc-Bönninghaus mit den Vorschlägen von Friedrich und Kretschmann, bei welchem nach primärem Verschluss der oralen Wunde die Nachbehandlung durch die Nase vor sich geht. Die Tampons liegen bis zum 3.—4. Tage, vom 10. Tage an Ausspülungen von der Nase aus mit Hilfe eines weiten, gebogenen Glasrohres und Borsäureinsufflationen.

In den meisten Fällen konnte die erkrankte Schleimhaut der Kieferhöhle erhalten werden, sodass am Schluss der Operation fast die ganze Mundhöhle mit Ausnahme der facialen Wand mit Epithel bedeckt war; D. glaubt, dass durch dieses Vorgehen die Heilungsdauer wesentlich abgekürzt werden kann. Nur in den Fällen, wo die degenerirte Schleimhaut das Lumen der Höhle fast gänzlich ausfüllte, wurde sie gründlich entfernt und die Heilung durch Granulationsbildung angestrebt. Durchschnittlich wurden die Patienten $16^1/_2$ Tage nach dem Eingriff entlassen, die längste Dauer der Nachbehandlung betrug 30 Tage, die kürzeste 6 Tage, wobei zu bemerken ist, dass die Kranken besonders in der ersten Zeit länger als eigentlich erforderlich zur Beobachtung in der Klinik behalten wurden.

Der Heilungsverlauf war immer glatt, Störungen von Seiten des Thränenapparats wurden nicht beobachtet, auch kein Ausfall von Zähnen.

In allen Fällen wurde Heilung erzielt, der Geruch verlor sich, die Eiterung sistirte und bei der Controle ergab sich, dass kein Recidiv aufgetreten ist. In Uebereinstimmung hiermit stehen anderweitige mit D.'s Verfahren gemachte Erfahrungen. Wenn Cordes vorschlägt, die partielle Resection der mittleren Muschel zu unterlassen, da er Borkenbildung fürchtet, und deshalb die orale Wunde theilweise offen lassen will, um von da aus den Tampon zu entfernen, so ist dem zu entgegnen, dass diese Befürchtung sich nach eingehenden Nachforschungen D.'s als unbegründet erwiesen, ebenso wie die weitere Befürchtung, dass Neigung zu Katarrhen auftrete. Bei den letzten Operationen wurde nur etwa das vordere Drittel der unteren Muschel entfernt, hierauf ist im Interesse des vollkommenen Verschlusses der oralen Wunde nicht zu verzichten.

Discussion zu Vortrag 4, 5 und 6.

von Eicken tritt dafür ein, die orale Wunde nicht primär zu verschliessen.

Brünings hebt die Vorzüge des Röntgenverfahrens für die Diagnose der Stirnhöhle hervor.

Denker und Vohsen (Schlusswort).

7. Katz (Kaiserslautern): Demonstration eines neuen elektromedicinischen Universalapparates für das ärztliche Sprech- und Untersuchungszimmer.

Auf Veranlassung der vereinigten Elektrotechnischen Institute Frankfurt-Aschaffenburg construirte K. einen höchst compendiösen Apparat, der allen Anforderungen des Laryngo-Otologen entspricht. Durch Verlegung aller staubfangen-

den Theile in das Innere des Tisches ist es gelungen, das Aeussere nur aus Glas und Metall zu construiren, sodass den äussersten Forderungen der Asepsis entsprochen wird.

---

b) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom December 1906.

Vorsitzender: O. Chiari.

O. Chiari stellt einen Patienten vor, bei dem vor 3 Wochen wegen Carcinom die Totalexstirpation des Larynx mit Vernähung der Trachea, Resection eines Theiles des Oesophagus und dreier Trachealringe ausgeführt wurde.

Fein: Patientin mit linksseitiger, anscheinend angeborener Choanalatresie, der harte Gaumen ist hoch, aber symmetrisch.

Discussion: Roth, Hanszel, Kahler und Fein besprechen das Verhalten des harten Gaumens in den von ihnen beobachteten Fällen von Choanalverschlüssen.

Marschik: 1. Trauma der rechten Halsseite. Darauf Anschwellung und Hämoptoe sowie Schmerzen und Fieber. Laryngoskopisch: Fixation der rechten Larynxseite, Schwellung beider Aryknorpel, Diffusion. In der Schildknorpelgegend intensive Druckschmerzhaftigkeit und Crepitieren. Diagnose: Fractura cartilag. thyreoid.

2. Quetschung und Torsion des Halses, Rissquetschwunde in der rechten Submaxillargegend, Stimmverlust, heftige Schmerzen im Kehlkopf, Blutung aus Mund und Nase. Laryngoskopisch: Oedem des Larynxeinganges, Einbruch der rechten Larynxhälfte in die linke mit Verdrehung des Kehlkopfes. Tracheotomie. Klaffende Fractur des Schildknorpels in der Medianlinie. Nach 6 Tagen Decanulement. Da sich hernach das Lumen wieder verengte, musste die Canüle wieder eingelegt werden. Zwischen den ödematösen Aryknorpeln sieht man Geschwülste, die als submucös abgesprengte Santorini- und Wrisberg'sche Knorpel zu deuten sind. Dilatationsbehandlung.

Discussion: Hanszel frägt nach dem Ergebniss einer Röntgenaufnahme, die, wie Vortragender mittheilt, keinen Anhaltspunkt für eine Fractur ergab.

Glas demonstrirt 1. zwei anatomische Präparate gummöser Processe der Trachea und der Bronchien.

Discussion: Während Hajek die vorsichtige Dilatation der Hauptbronchien mit dem Bronchoskop nicht für unzweckmässig hält, sprechen sich Hanszel und Glas dagegen aus.

2. Angiofibrom der Zunge galvanokaustisch entfernt.

3. Multilokuläre congenitale Epiglottiscyste. Das Verhalten des Epithels weist auf die congenitale Abstammung der Cyste hin.

Sitzung vom 9. Januar 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Glas 1. stellt einen Patienten mit leukämischer Infiltration der linken Tonsille vor. Er verweist dabei auf die Wichtigkeit der Diagnose mit Rücksicht auf die Contraindication eines operativen Eingriffes. Nach viermaliger Bestrahlung ist der Tumor auf $^1/_3$ zurückgegangen.

2. Demonstrirt einen von ihm an der Klinik radical operirten und geheilten Fall von Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung. Wegen sehr niederer vorderer Stirnhöhlenwand wurde nach Riedel operirt. Vortragender weist auf die Wichtigkeit der radiologischen Befunde vor der Operation hin.

Zu diesem Falle sprachen: Hajek, Weil, Kahler.

Marschik stellt aus der Klinik vor: 1. einen Fall von Sarkom der inneren Nase. Operation. Nach Entfernung aller Tumormassen sah man einen kronengrossen Defect der Schädelbasis vor der Sella turcica mit blossliegender Dura und in dem äusseren Winkel der rechten Stirnhöhle eine Lücke, aus der das Gehirn hervordrängte. Wundverlauf reactionslos.

2. Halbseitige Resection des Larynx wegen Carcinom (Prof. Chiari). Die Schleimhaut des rechten Aryknorpels wurde an die Larynxwand hinaufgenäht, das in den Oesophagus eingelegte Drain wurde durch die Nase geleitet.

3. Carcinom der hinteren Rachenwand. In Frage kommt hierbei die Radicaloperation nach Gluck oder die Gastrotomie.

4. Ein Fall von Skleromheilung durch intermittirendes Erysipel.

Discussion: Hanszel, Roth, Glas.

Weil demonstrirt einen Fremdkörper aus dem Oesophagus eines neunmonatigen Kindes. Radioskopisch war das Blechstückchen (stumpfrandig) in der Höhe des 3. Brustwirbels zu sehen. Extraction mit dem Schwämmchen.

Sitzung vom 6. Februar 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hajek stellt einen wegen schwerer chronischer Stirnhöhleneiterung vor 3 Wochen mit Abmeisselung der Trochlea radical operirten Patienten vor, bei welchem keine Lähmung des Obliqu. super. zu constatiren ist.

Marschik stellt 1. einen von ihm nach Killian radical operirten Fall von beiderseitigem Stirnhöhlenempyem vor. Links mit, rechts ohne Ablösung der Trochlea. Doppelbilder.

Discussion: Hajek, Roth.

2. giebt einige Daten über die in der Januar-Sitzung von ihm vorgestellten Fälle.

Ad Carcinom des Pharynx et oesoph. Prof. Chiari führte die Radicaloperation nach Gluck aus, doch trat nach 14 Stunden Exitus wegen Anämie ein. Begründung der Operation.

Ad Skleromfall: Alsbald trat das von Hanszel und Roth angekündigte Recidiv auf. Jetzt progressive Dilatation.

Glas: 1. Plattenepithelcarcinom des Zungenrandes auf den vorderen Gaumenbogen und die Tonsille übergreifend. Wahrscheinlich auf Grund einer Leukoplakie (Präparate).

2. Grosser Defect des Septum membranaceum und der Nasenflügel durch Knorpel- und Schleimhautnaht geheilt (Klinik Chiari).

3. Fall von Tabes mit Larynxkrisen mit rechtsseitiger Posticuslähmung und inspiratorischer Stimmbandataxie.

4. Totale doppelseitige Recurrenslähmung mit Durchbruch eines Oesophagus-Carcinoms in die Trachea.

Sitzung vom 6. März 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. von Schrötter stellt einen Patienten mit leukämischen Infiltraten im Bereiche des Pharynx und Larynx vor, bei welchem die Blutuntersuchung den Befund der lymphatischen Leukämie mit grossen mononucleären (nicht granulirten) Elementen ergab.

Discussion: Glas und Menzel.

2. Hajek demonstrirt einen Fall von alljährlich recidivirendem Glottisspasmus, welcher vielleicht auf Tetanie zu beziehen ist.

3. Fein stellt einen Patienten mit Tabes vor, bei welchem eine beiderseitige Posticusparese mit ataktischen Bewegungen der Stimmbänder zu beobachten ist.

4. Hirsch demonstrirt einen Fall von Haemangioma cavernosum des Kehlkopfes, welcher wegen der Grösse der Geschwulst und der geringen Beschwerden interessant erscheint. Es kommt therapeutisch nur die Laryngofissur in Betracht.

5. Discussion zu „Coordinationsstörungen bei Tabes“ (siehe letzte Sitzung Dr. Glas).

Réthi fasst die zuckenden und zitternden Bewegungen der Aryknorpel und der Stimmbänder als Ausdruck von Muskelschwäche auf. Grossmann erklärt die ataktischen Bewegungen der Stimmbänder auf Grund seiner früheren Publikationen resp. Untersuchuugen an Thieren theils als Sensibilitätsstörungen theils als Lähmungserscheinungen.

Sitzung vom 3. April 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Marschik demonstrirt das anatomische Präparat des Schädels jener Patientin, bei welcher er voriges Jahr die Killian'sche und Luc-Caldwell'sche Radicaloperation der Stirn- resp. Kieferhöhlen ausgeführt hat und welche jetzt an einer Pneumonie gestorben ist. Der Schädel ist schon macerirt, doch kann man sich von dem befriedigenden Operationsresultate überzeugen.

2. Glas stellt eine Patientin vor, bei welcher durch ausgeheilte tertiärluetische Destruction des Naseninneren u. a. die Nebenhöhlen der Nase und der ganze Epipharynx zu sehen ist.

3. Glas demonstrirt die anatomischen und histologischen Präparate eines Nasenrachenpapilloms.

4. Chiari berichtet über die Extraction einer von einem 6jährigen Kinde verschluckten Nadel, welche sowohl radioskopisch als auch laryngoskopisch als am Zungengrunde befindlich beobachtet werden konnte. Endolaryngeale Extraction mit der Larynxpincette, nachdem die Nadel 2 Tage an einem Platze verblieben war.

5. Hajek demonstrirt 2 Haken zum Abziehen der Wundränder bei dor Operation in der Fossa canina.

6. Discussion über den von Hajek in der letzten Sitzung demonstrirten Fall von wahrscheinlicher Tetanie des Larynx.

Grossmann ist der Meinung, dass es sich in diesem Falle um eine hysterische Lähmung der Musculi cricothyreoidei handelt und motivirt seine Ansicht ausführlich. Roth und Heindl glauben auch an Hysterie. Glas erwähnt einen Fall von lange dauerndem Laryngospasmus, wobei auch sonst klinische Erscheinungen constatirt wurden.

Hajek begründet im Schlussworte nochmals seine Ansicht, dass sich in diesem Falle keine Ansicht für die hysterische Natur des Laryngospasmus als stichhaltig erweist. Chiari-Hanszel.

---

c) Französische Gesellschaft für Otologie und Layngologie.

Mai 1906.

Weissmann und Fiocre (Paris): Oberkieferhöhle und Oberkieferempyem bei den Neugeborenen.

Die Affection ist charakterisirt durch Anschwellung und Röthung der ganzen einen Gesichtshälfte, besonders in Höhe der Regio suborbitalis; sanguinolenten Ausfluss aus der Nase, Bildung einer Fistel in der Suborbitalgegend oder am Zahnfleisch. Chirurgische Behandlung erfolgt vom Munde aus, von der Nase oder von aussen her.

Brindel (Bordeaux): Festes und flüssiges Paraffin für Nasenprothesen.

B. wendet das flüssige Paraffin bei Ozaena zur Wiederherstellung der Muscheln und das feste zur Correctur von äusseren Deformitäten an.

Mahu ist der entgegengesetzten Meinung, während sich Broeckaert der Ansicht Brindel's anschliesst.

Broeckaert (Gent): Ueber den therapeutischen Werth der Paraffininjectionen und des chirurgischen Eingriffs bei Behandlung der Ozaena.

Nach den anatomisch-pathologischen Untersuchungen des Verf.'s wirkt das

Paraffin bei Ozaena nicht nur durch Verengerung der Nasenhöhle, sondern auch dadurch, dass es in der Mucosa einen Irritationszustand bewirkt. Die hartnäckigsten Fälle werden der chirurgischen Nebenhöhlenbehandlung unterworfen.

Bichaton (Reims): Ueber Erblichkeit naso-sinusaler Erkrankungen.

B. berichtet über einige Fälle zur Stütze der von ihm aufgestellten Theorie.

Collinet (Paris): Nasenstein.

Es handelt sich um einen Dens caninus, der am vorderen Theil des Nasenbodens bei einer 26jährigen Frau entdeckt wurde. Er bestanden Zeichen von Rhinitis caseosa.

Moure (Bordeaux): Tracheotomie und Thyrotomie.

Bei Fremdkörpern des Kehlkopfes und bei gewissen Formen gutartiger Tumoren des Kehlkopfeingangs kann man ohne vorherige Tracheotomie operiren; handelt es sich dagegen um ein Epitheliom, so ist die temporäre Tracheotomie angezeigt, sie erleichtert die Operation erheblich. M. hat zuerst gerathen, unmittelbar nach der Operation die laryngo-tracheale Wunde völlig zu schliessen.

Castex (Paris): Lymphosarkom des Stimmbandes.

Patient ist ein 69jähriger Mann, der seit ca. 10 Jahren an torpider Lungentuberculose leidet und im vorderen Drittel der Stimmlippe eine kleine fungöse Geschwulst zeigt, die an ein Epitheliom oder eine tuberculöse Wucherung denken lässt. Die histologische Untersuchung zeigt ein Lymphadenom mit einem in Entwickelung begriffenen sarkomatösen Kern. Der Verlauf scheint ein gutartiger zu sein.

Guisez (Paris): Acht Fälle von Trepanation des Siebbeins und Keilbeins auf dem Orbitalwege.

Nur in einem der beobachteten Fälle waren Siebbein und Keilbein ohne Betheiligung der anderen Nebenhöhlen erkrankt. In jedem Fall von Keilbeinhöhlenempyem bestand auch eine Ethmoiditis. Bei der von G. angewandten Operationsmethode geht der Hautschnitt vom inneren Drittel und krümmt sich $^1/_2$ cm im inneren Augenwinkel. Es wird bei der Trepanation auch 1 cm vom aufsteigenden Oberkieferast und ein Theil der Nasenknochen fortgenommen. In die so geschaffene Bresche führt man eine Curette in senkrechter Richtung ein, trepanirt das Siebbein und fällt dann direct in die Keilbeinhöhle.

Taptas (Konstantinopel): Ueber ein vervollkommnetes Operationsverfahren zur Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterungen.

Die Vervollkommnung besteht darin, dass ein Theil der vorderen Stirnhöhlenwand in Höhe der Augenbrauenbogen an der inneren Portion stehen bleibt, um so ein Einsinken der Gewebe nach der Operation zu verhüten.

J. N. Roy (Montréal): Sublinguale Leukokeratose.

Die Affection hat bei dem 58jährigen Patienten am Zahnfleisch begonnen

und sich von da auf den Mundboden ausgebreitet. Als ätiologisches Moment ist nur eine sehr ausgebreitete Zahncaries nachweisbar. Mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut zeigt, dass es sich um eine Verhornung handelt: an manchen Stellen haben die Zellen das Aussehen des Stratum granulosum der Epidermis. Die Behandlung bestand in galvanokaustischer Zerstörung der erkrankten Partien.

Delie (Ypres): Retropharyngealabscess.

Es handelte sich um ein 6jähriges Kind mit Lymphangitis einer Halsdrüse, von der aus eine Phlegmone und dann eine eitrige Periostitis des ersten Wirbelkörpers entstanden war.

Mahu: Pathogenie des Oberkieferempyems.

Bei 100 Leichenuntersuchungen fand M. 5 chronische Oberkiefersinusiten nasalen und dentalen Ursprungs; 7 Oberkieferempyeme dentalen, 2 fronto-ethmoidalen Ursprungs. M. unterscheidet zwischen zwei klinisch verschiedenen Erkrankungen: Empyem oder Pyosinus, wobei die Oberkieferhöhle nur das Reservoir für den aus anderer Quelle (Fremdkörper, Stirnhöhle, Siebbein, Zahn) stammenden Eiter darstellt und die chronische Sinusitis, bei der die Eiterung aus der erkrankten Sinuswand stammt. Unter den Antrumeiterungen dentalen Ursprungs ist das Empyem häufig und die Pyosinusitis eine Seltenheit.

Furet (Paris): Behandlung der Sinusitis maxillaris mittels Spülungen durch den Nasengang.

F. wendet diese Methode mit häufigem Erfolg in fast allen Fällen von isolirtem Antrumempyem an; in 29 Fällen hatte er 24 Heilungen.

Luc (Paris): Die Möglichkeit einer Infection der Stirnhöhle durch Injection in die Highmorshöhle.

Beobachtung bei einer jungen Frau, bei der beide Kieferhöhlen nach Caldwell-Luc operirt wurden. Ein Monat später exploratorische Eröffnung der linken Stirnhöhle durch ihre untere Wand; die Höhle wird gesund gefunden und die Wunde primär vernäht. Einige Tage darauf entsteht im Anschluss an eine Ausspülung der Kieferhöhlen eine ödematöse Anschwellung der operirten Frontalgegend. Die Wunde wird wieder eröffnet und es findet sich jetzt Eiter. Erst nach 12 Tagen tritt Heilung ein.

D. Dupond (Bordeaux): Epilepsie nasalen Ursprungs.

Der 30jährige Patient leidet seit dem 12. Lebensjahr an heftigen epileptischen Anfällen und seit 3 Jahren an epileptiformen Crisen. Es findet sich eine polypoide Degeneration der unteren Muscheln und eine grosse Spina, die sich in die mittlere Muschel einbohrte. Beseitigung dieser Veränderungen hatte Verschwinden der Epilepsie zur Folge. Die Heilung datirt seit 2 Jahren.

Escat (Toulouse): Betrachtungen über 171 Fälle von verschiedenen Deformationen des Septums als Folge chirurgischer Eingriffe.

Nach den Erfahrungen des Verf. giebt die submucöse Resection die besten Resultate, ist aber das schwerste und langwierigste Verfahren.

Durand (Nancy): Osteomyelitis des Stirnbeins in Folge einer operirten Pansinusitis. Eitrige Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis superior und lateralis. Tod.

Der Fall betraf ein junges Mädchen, das an Albuminurie und Tuberculose litt.

Caboche (Paris): 1. Nasentuberculose im unteren Nasengang.

Verf. berichtet 2 Fälle dieser Form von Nasentuberculose, die man als Tuberculosis vegetans des unteren Nasengangs bezeichnen könnte, und die in functioneller Hinsicht durch Nasenverstopfung und Epiphora charakterisirt ist und bei der man lokal eine kleine, weiche, blasse, bei Berührung leicht blutende Fungosität findet, die vom unteren Nasengang, unterhalb des vorderen Theils des unteren Randes der Muschel ausgeht.

2. Beitrag zum Studium der Naseneiterungen bei Erkrankungen des Os maxillare.

In dem einen Fall hatte eine penetrirende Caries der Schneidezähne einen heissen Abscess des Septums, in dem andern eine parasinusale Nasenfistel zur Folge gehabt.

Jeder Zahngruppe entspricht bis zu einem gewissen Punkt ein bestimmter Weg, den der Eiter nimmt: Für die Molares und den zweiten Prämolaris nach der Highmorshöhle, für den Dens caninus und den ersten Molaris nach dem Augenmuskel; für die Schneidezähne Nasenboden und unterer Nasengang.

Durart und Rozier (Paris): Recurrenslähmung in Folge Compression durch die Schilddrüse; Thyreodectomie.

Veillard (Paris): Diagnose der gummösen Sinusiten.

Die Diagnose wird durch die Untersuchung des Eiters gestellt, bei der sich Bindegewebsfasern finden, die nur von einer Nekrose des submucösen Gewebes oder des Periosts herstammen können.

Castex: Infectiöse Stirnhöhlenentzündung; Sequester, Lungengangrän.

Die Entzündung entstand bei einem jungen Mann, der eben Scharlach durchgemacht hatte und zur Reinigung seiner Nase Borwasser in diese aufzog. Empyem beider Stirnhöhlen mit phlegmonösem Oedem der Gegend; Temperatur bis 39,5°. Eröffnung beider Stirnhöhlen; es bildet sich eine Fistel. Bei einem zweiten Eingriff finden sich 2 Sequester. Acht Tage später Erscheinungen von Lungengangrän. Schliesslich Heilung.

Luc (Paris): Heilung der Highmorshöhlen-Entzündung durch Verkäsung des Eiters.

Bei einer Patientin bestanden seit Jahren die Zeichen einer fötiden Antrumeiterung; nach Entleerung fötider käsiger Massen in Folge Punction des unteren Nasenganges und Spülung trat sofort Heilung ein.

Jacques (Nancy): Beiderseitige Stirnhöhlenentzündung mit Osteomyelitis der facialen Wand auf der einen Seite und symmetrischer Dehiscenz der cerebralen Wand.

J. hat mit Erfolg einen Fall von beiderseitiger Pansinusitis operirt, bei dem jederseits symmetrisch eine grosse Dehiscenz der hinteren Wand bestand. Im Bereich dieser ruhte die degenerirte Sinusschleimhaut direct auf der Dura mater. Diese Barriere hatte gegen eine Infection durch das seit Jahren bestehende Empyem geschützt. Dagegen hatte die Eiterung zu einer Osteomyelitis der Vorderwand auf der einen Seite geführt.

Mignon (Nizza): Eitrige Stirnhöhlenentzündung auf beiden Seiten, behandelt mittelst einseitiger Killian'scher Operation.

Die Operation zeigte beide Höhlen erkrankt und ohne Septum.

Vacher (Orléans): Zwei Stirnhöhlempyeme operirt nach Killian und nach Jacques.

Im ersten Fall bestand Diplopie; die geschlossene Höhle bildete einen Tumor in der Orbita. Das Septum zwischen den beiden Höhlen war defect. Es bestand kein Ductus naso-frontalis auf der linken Seite. Operation nach Killian auf beiden Seiten. Heilung, aber grosse Entstellung. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Sinusitis fronto-ethmoido-maxillaris. Operation nach Luc und nach Jaques; ausgezeichnetes Resultat, fast keine Entstellung.

Trétrop (Antwerpen): Trockne Stirnhöhlenentzündungen oder Sinusalgien.

Bericht über 3 Fälle; die Affection ist charakterisirt durch spontane Schmerzen und Schmerz bei Druck auf den unteren Augenwinkel, Anschwellung der Nasenschleimhaut auf der entsprechenden Seite. Meist im Anschluss an Influenza.

Chavanne (Lyon): Hysterische Sinusalgia frontalis.

Beobachtung einer Kranken mit schweren Sirnhöhlensymptomen: allgemeines Uebelbefinden, Gedächtnissschwäche, Schwindel, Kopfschmerzen; die rechte Hirnhöhlengegend war auf Druck sehr schmerzhaft. Heilung durch Suggestion.

Durand (Nancy): Stirnhöhlenempyem mit Nekrose der hinteren Wand.

Bei einer ersten Operation findet sich das ganze Siebbein nekrotisch; bei einer zweiten findet man die hintere Sinuswand sequestrirt. Kein Aufhören der Kopfschmerzen. D. denkt, dass eine versprengte Siebbeinzelle unentdeckt geblieben sei.

Toubert (Montpellier): Calcumchlorür als Mittel zur Verhütung von Blutungen.

Das Mittel wird in Dosen von 2—3 g pro die ein oder zwei Tage vor der Operation gegeben. Die Resultate waren bei einer Reihe von Fällen sehr zufriedenstellend. Man muss daran denken, dass das Mittel Milch zum Gerinnen bringt.

Massier (Nizza): Beitrag zur Behandlung des latenten Stirnhöhlenempyems mittels Resection der mittleren Muschel.

M. führt einige Fälle an, in denen diese Behandlung zur Heilung führte.

Texier (Nantes): Drei Beobachtungen über angeborene knöcherne Choanalatresie.

Im ersten Fall verweigerte der Patient die Operation. Im zweiten Fall wurde in Chloroformnarkose mit Meissel und Hammer operirt. Im dritten Fall handelte es sich um einen Neugeborenen; die Anbohrung der knöchernen Choanalwände in diesem Fall blieb ohne Erfolg.

Lavrand (Lille): Oedematöse Laryngitis bei einem 10 Monate alten Kinde. Tracheotomie. Decanulement 18 Monate später.

Garel (Lyon): Gummi an der Bifurcation der Bronchien.

Bellender Husten ist nach G. ein Symptom für Compression der Luftwege; er erinnert an den Husten bei mediastinalem Kropf und meint, dass dieses Symptom dieselbe wichtige Rolle in diagnostischer Hinsicht bei Mediastinaltumoren spiele, wie die Recurrenslähmung.

Aka (Bordeaux).

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Prof. Killian (Freiburg i. B.) ist zum Ehrenmitglied der American Laryngological, Rhinological and Otological Society und zum Ehrenmitglied der American Medical Association ernannt worden.

Das Bureau der American Laryngological Association für 1907—1908 ist folgendermaassen zusammengesetzt:

Präsident: Dr. H. S. Birkett (Montreal, Canada).
Vice-Präsidenten: Dr. J. P. Clarke (Boston) und J. C. Rhodes (Chicago).
Secretär und Schatzmeister: Dr. J. C. Newcomb (New-York).
Bibliothekar: Dr. J. H. Bryan (Washington).
Mitglied des Vorstandes: Dr. A. W. de Roaldes (New-Orleans).

Dr. W. Schutter ist zum Prof. extraordinarius ernannt und ihm der Lehrstuhl der Oto-Rhino-Laryngologie in Utrecht übertragen worden.

Der österreichische Thronfolger, Erzherzog Franz Ferdinand, hat das Protectorat über den bevorstehenden internationalen laryngologischen Congress übernommen. Die Plaquette wird Prof. R. Marschall prägen.

Prof. B. Fränkel (Berlin) ist zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

Programm der Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten der 79. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Dresden.

15. bis 21. September 1907.

23. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten.

Sitzungsraum: Technische Hochschule, Bismarckplatz.

Verpflegungsstätte: Victoriahaus, Ringstrasse 18, Ecke Pragerstrasse.

Angemeldete Discussionen:

Birch-Hirschfeld (Leipzig) und R. Hoffmann (Dresden): Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.

1. Barth (Leipzig): a) Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenheilkunde sind beim Unterricht, auf wissenschaftlichen Congressen und in der Literatur grundsätzlich gemeinsam, nicht getrennt zu behandeln; b) Die Athmung, insbesondere die Veränderung der Körperoberfläche bei derselben.
2. Blau (Görlitz): Thema vorbehalten.
3. Blumenfeld (Wiesbaden): Adenoide Vegetationen und intrathoracale Drüsen.
4. Gerber (Königsberg): Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen.
5. Gutzmann (Berlin): a) Ueber normale und pathologische Sprachaccente; b) Zur Diagnose und Therapie der Stigmatismen.
6. Hajek (Wien): Ueber Indicationen zur operativen Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung.
7. Heymann (Berlin): Thema vorbehalten.
8. Hoffmann (Dresden): Krankenvorstellung.
9. Imhofer (Prag): Musikalisches Gehör bei Schwachsinnigen.
10. Kahler (Wien): Demonstrationen: a) ein Sarko-Carcinom des Sinus piriformis; b) ein Cholesteatom des Stirnbeins.
11. Kuhn (Kassel): Weiteres zur peroralen Tubage mit Demonstrationen.
12. Mann (Dresden): a) Ein Fall von Laryngocele. b) Vorstellung tracheobronchoskopischer Fälle.
13. Panse (Dresden): a) Ueber Nasenspülungen; b) Erklärung von Instrumenten.
14. Rosenberg (Berlin): Ueber den kalten Abscess des Kehlkopfes.
15. Rudloff (Wiesbaden): Demonstration: a) eines Falles von Drucknekrose an der Hinterwand des Kehlkopfes; b) eines Falles von Myxochondrom im Nasenrachenraum.
16. Salzburg (Dresden): a) Erkrankung der Singstimme und ihre Behandlung; b) Vorstellung geheilter Fälle: Nasencarcinom, Larynxsarkom.

Die Abtheilung ladet ein:

die Abtheilungen 18, 22 und 24 zu den Vorträgen Gerber (4) und Hajek (6); die Abtheilungen 21 und 24 dem Vortrage Imhofer (9); die Abtheilung 24 zu den Vorträgen Barth (1) und Gutzmann (5); die Abtheilung 26 zu dem Vortrage Gutzmann (5b).

Die Abtheilung ist eingeladen:

von der Abtheilung 18 zu den Vorträgen:

Glückmann (Berlin): Die Spiegeluntersuchung der Speiseröhre und ihre Ergebnisse (mit Projectionsdemonstrationen).

Kelling (Dresden): Mittheilungen über Oesophagoskopie.

Kuhn (Kassel): Ueberdruck mit weicher Maske bei Lungenoperationen.

Derselbe: Operation des Wolfsrachens mittels peroraler Tubage.

Koellicker (Leipzig): Diagnostische und therapeutische Erfolge der Oesophagoskopie.

Von der Abtheilung 22 zu dem Vortrage:

Birch-Hirschfeld (Leipzig) und R. Hoffmann (Dresden): Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.

Von der Abtheilung 25 zu dem Vortrage:

Kraus (Prag): Ueber positive Impfergebnisse mit Rhinosklerom.

Zur Zeit der Naturforscher-Versammlung wird die Deutsche Laryngologische Gesellschaft in Dresden tagen. Die Vorträge derselben werden in den Sitzungen der Laryngologischen Section gehalten werden.

Das vorläufige Programm ist das folgende:

Die Tagung der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft soll am Sonntag, den 15. September, um 11 Uhr Vormittags, beginnen. Um $9^1/_4$ Uhr findet vorher eine Vorstandssitzung statt. Die Tagung wird am ersten Sitzungstage, dessen Dauer von 11—1 und 3—6 geplant ist, im Wesentlichen organisatorische und geschäftliche Angelegenheiten betreffen. Die ferneren wissenschaftlichen Sitzungen werden im Einklang mit der Laryngologischen Section der Naturforscher-Versammlung an den folgenden Tagen statthaben, bis das Material erledigt ist. Als Referat ist „Gravidität und Kehlkopftuberculose“ auf die Tagesordnung gesetzt. Referenten dazu sind die Herren Kuttner und Loehnberg. Ein zweites Referat ist in Vorbereitung.

Anmeldungen zu Vorträgen und Demonstrationen sind an den unterzeichneten Schriftführer zu richten.

Avellis (Frankfurt a. M.), Schriftführer.

Wirkl. Geh. Rath D. Dr. Moritz Schmidt, I. Vorsitzender.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, September. 1907. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Chiarici. Statistischer Bericht für das Lehrjahr 1905—1906 aus dem otiatrischen Institut des Prof. Cozzolino in Neapel. (Rendiconto statistico per l'anno scolastico 1905—1906 dell'Istituto di Otiatria del Prof. Cozzolino in Napoli.)** *La pratica oto-rino-laringoiatrica. Mailand, April 1907.*

Unter den 2111 Kranken waren 617 mit Nasen-, 388 mit Halsaffectionen. Unter den ersteren ist bemerkenswerth ein Fall, in dem paroxystische Tachykardie nach Abtragung eines grossen Schleimpolypen aus der rechten Nasenhälfte verschwand. Auch kann Cozzolino den günstigen Einfluss bestätigen, den die Entfernung adenoider Vegetationen auf die Enuresis nocturna der Kinder hat.

FINDER.

2) **Ch. Goris. Statistik der im Jahre 1906 von G. im Institut chirurgical von Brüssel ausgeführten Operationen. (Statistique des opérations pratiquées en 1906 par le Dr. Goris à l'Institut chirurgical de Bruxelles.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 3. 1907.*

Die 685 in der Chloroformnarkose von G. ausgeführten Operationen umfassen ungefähr den ganzen Kreis der Interventionen an der Nase, dem Halse und den Ohren, eine Exstirpation des Nerv. frontal. intern. wegen Neuralgie bei einem Kranken, welcher zuvor die Exstirpation der Supra- und Infraorbitalnerven überstanden, ferner 14 Thyroidectomien und 4 sonstige Eingriffe. — Es wäre unmöglich, den instructiven Bericht näher zu detailliren, und kann man nur denen, welche sich mehr dafür interessiren, rathen, denselben ganz durchzulesen; sie können sich dabei zu ihrem Vortheil instruiren.

PARMENTIER.

3) **A. Fallas. Statistische Zusammenstellung aus der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung des St. Johannes-Hospitals in Brüssel. Abtheilung von Dr. V. Delsaux. (Relevé statistique du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital St. Jean de Bruxelles; Service du Dr. V. Delsaux.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1907.*

Aus der Lecture dieser lehrreichen statistischen Zusammenstellung geht unter

anderen interessanten Punkten das hervor, dass trotz der zunehmenden Anzahl Kranker, welche die Klinik aufsuchen, die Zahl der Interventionen am Waldeyerschen Ring im Abnehmen begriffen ist; ebenso sind die Complicationen bei Otitis mehr und mehr im Abnehmen begriffen, denn die Fälle von schweren Mastoitiden sind beinahe alle vom Lande geliefert worden, wo man noch die Behandlung der Ohreneiterungen vernachlässigt. Delsaux glaubt daher dieses glückliche Resultat dem immer mehr verbreiteten Gebrauch der Nasenrachendesinfection bei den verschiedenen Krankheiten, und besonders den infectiösen Krankheiten, zuschreiben zu dürfen.

Dagegen sind die Affectionen der Nasennebenhöhlen den vorhergehenden Jahren gegenüber im Zunehmen begriffen. Delsaux fragt sich, indem er die Frage offen lässt, ob das nicht reines Spiel des Zufalls, eine einfache Coindenz sei, oder ob dieses Resultat den neuesten Verbesserungen zur Erkenntniss dieser Affectionen zuzuschreiben wäre.

PARMENTIER.

4) **Sir Felix Semon. Die Beziehungen von Laryngologie und Rhinologie zur allgemeinen Praxis. (The relations of Laryngology and Rhinology to general practice.)** *Lancet. 20. März 1907.*

Der Verf. geht aus von der erniedrigenden Stellung, die vor einigen dreissig Jahren die Laryngologie in England einnahm. Die meisten Aerzte sahen damals den Specialisten nicht für voll an. Jetzt haben sich die Verhältnisse erheblich geändert und die meisten grossen Krankenhäuser besitzen eine Specialabtheilung für Laryngologie, der ein Specialist beigegeben ist. S. verlangt, dass alle Medicinstudirenden verpflichtet sein sollten, ein Colleg und einen practischen Cursus an einer Halsklinik zu belegen. In vielen Fällen ist es von der grössten Wichtigkeit, dass der allgemeine Practiker im Stande ist, den Kehlkopfspiegel zu benutzen, so vor allem soll er den Kehlkopf in allen Fällen von Lungentuberculose untersuchen. In ungefähr 20 pCt. aller Fälle von Phthise ist der Kehlkopf erkrankt. In jedem Fall von Heiserkeit soll der Kehlkopf untersucht werden. Würde dies geschehen, so würden viele Fälle von Kehlkopfkrebs frühzeitig zur Diagnose kommen und das Leben des Patienten könnte gerettet werden. S. hat in den Jahren 1887—1906 nicht weniger als 212 Fälle von maligner Erkrankung des Kehlkopfs gesehen, von denen 136 nur das Kehlkopfinnere und 76 die äussere Umrandung des Kehlkopfs betrafen oder die gemischte Form darstellten. Von seinen Fällen von Thyreotomie wegen Carcinom des Kehlkopfs sind 80 pCt. dauernd geheilt. In der Krankenhauspraxis sind die Fälle, die auf die äussere Umrandung des Kehlkopfs übergehen, häufiger, weil die Patienten nicht früh genug in Beobachtung kommen. Abductorlähmung der Stimmlippen ist ein sehr wichtigs Symptom bei der Diagnose von Aortenaneurysma, Tabes, Mediastinaltumor, Oesophaguscarcinom etc.

Was Nasen- und Nasenrachenkrankheiten betrifft, so sind Adenoide und Nasenverstopfung von der grössten Bedeutung und geben Anlass zu vielen ernsten Erscheinungen. Wie allbekannt, ist Nebenhöhlenempyem eine sehr häufige Ursache von Kopfschmerz, Dyspepsie und allgemeiner Schwäche.

Zum Schluss bespricht Verf. die Beziehungen zwischen Consiliarius und all-

gemeinem Practiker. Es ist schwierig, für das Verhalten definitive Regeln aufzustellen, da jeder Fall verschieden ist. Er schliesst den sehr interessanten Aufsatz mit den Worten: „Ich pflege jetzt, wenn es mir im Laufe einer Consultation wahrscheinlich wird, dass der Patient in der Behandlung eines Anderen war oder vielleicht noch ist, und wenn ich glaube, dass es im Interesse des behandelnden Arztes und des Patienten liegt, dass jener meine Ansicht kennen lernt, dem Patienten zu sagen, dass, falls sein Arzt meine Meinung wissen wolle und in diesem Sinne an mich schriebe, ich mit dem grössten Vergnügen an ihn berichten wolle. In einträchtiger Zusammenarbeit des Consiliarius und des allgemeinen behandelnden Arztes liegt das wahre Interesse jedes Betheiligten. Dass dieser allgemeine Grundsatz nach der Natur der in Betracht kommenden therapeutischen und diagnostischen Fragen ganz besonders auf die Beziehung der Laryngologie und Rhinologie zur allgemeinen Praxis zutrifft, habe ich mich bemüht, heute zu zeigen.“

ADOLPH BRONNER.

5) **P. Th. L. Kan** (Leiden). **Die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in ihrer Entwickelungsgeschichte. (De keel-, neus- en oorheelkunde in hare ontwikkelingsgeschiedenis.)** *Antrittsrede. Leiden 1907.*

Academische Antrittsrede, in welcher an der Hand der Geschichte die Bedeutung der Disciplin beleuchtet wird.

H. BURGER.

6) **Gleitsmann** (New-York). **Beitrag zur Geschichte der Laryngologie in den Vereinigten Staaten seit Einführung des Laryngoskops.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Interessante geschichtliche Studie über die Entwickelung der Laryngologie in den Vereinigten Staaten, über die laryngologische Literatur, die laryngologischen Gesellschaften und die Stellung der Laryngologie in Polikliniken, Hospitälern, Colleges, Universitäten.

SEIFERT.

7) **V. Delsaux. Ueber einige belgische oto-rhino-laryngologische Publicationen vor 50 Jahren. (A propos de quelques publications belges d'il y a cinquante ans sur l'oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1907.*

Der Autor hat im Archiv der Bibliothek des Solvay'schen Instituts specielle Arbeiten von längst verschwundenen belgischen Aerzten aufgefunden, welchen er sich glücklich fühlt, den Tribut seiner Bewunderung und Anerkennung, welcher ihnen auf Grund ihrer „vorwissenschaftlichen“ Bedeutung zukommt, auszusprechen.

1. Krebsiges Geschwür der Nase, geheilt durch eine Arsenikpasten-application von Dr. Rulogez (Antwerpen). Trotz des Enthusiasmus, den der Autor für seine Arsenikpaste kundgiebt, frägt es sich, ob die Heilung nicht etwa der Action der Toxine eines intercurrenten Erysipels zuzuschreiben wäre.

2. Briefe über die Otologie, adressirt an Dr. Dieudonné, Präsident der Gesellschaft für naturwissenschaftliche und medicinische Wissenschaften von Brüssel, von Dr. F. Delstanche, 1862. D. schliesst aus der Lecture, dass wir vor einem halben Jahrhundert in Belgien einen wirklich bedeutenden Mann, einen gebildeten Arzt, Fortschrittsotologen und kritischen Gelehrten besessen haben, auf den stolz zu sein wir das Recht und die Pflicht haben, weil er es ist, dem

wir die Introduction der wissenschaftlichen und practischen Otologie in unserem Lande verdanken.

3. Neue Betrachtungen über die Nasenrachenpolypen, von Dr. Michaux (Auszug aus dem Bull. de l'Acad. Roy. de Belge, 2. Juni, T. V, No. 11, 1863). Aus diesen Arbeiten geht hervor, dass schon vor 1850 der Transmaxillonasalweg erfunden war, den wir heutzutage nach den Indicationen von Furet und Moure einzuschlagen so stolz sind.

4. Vollständige Nasenrestauration nach der Methode von Dieffenbach, von Dr. Verhaeghe in Ostende. Operation, ausgeführt von dem Meister jenseits des Rheins während eines Aufenthalts in Ostende. Der Arbeit sind Abbildungen beigegeben.

PARMENTIER.

8) **C. J. A. van Sterson** (Leiden). **Beitrag zur Kenntniss vom Werthe der Hyperämie als Heilmittel in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Bijdrage tot de kennis van de waarde der hyperaemie als geneesmiddel in de oto-rhino-laryngologie.)** *Dissert. Leiden 1907.*

Nach einer Literaturübersicht theilt v. J. einige sehr kurze und nicht sehr beweisende eigene Krankengeschichten mit. Seine Resultate der Stauung bei chronischer Mittelohrentzündung waren höchst zweifelhafte. Ein Fall von Larynxtuberculose wurde durch die Behandlung nicht beeinflusst. Nur bei peritonsillärer Entzündung glaubt v J. guten Erfolg der Saugbehandlung nach Polyak (Arch. f. Laryngol. Bd. XVIII.) gesehen zu haben.

H. BURGER.

9) **Chas. W. Stickle. Katarrh der oberen Athmungswege. (Catarrh of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record. 6. April 1907.*

Verf. behandelt besonders die Eiterungen der Nasennebenhöhlen und deren allgemeine Symptome, über die er einen Ueberblick giebt.

LEFFERTS.

10) **Sedziak. Ueber die Störungen in der Nase, im Rachen, Kehlkopf und in den Ohren, die im Verlaufe der sog. Arthritis urica vorkommen. (Zabuczenia nosowo - gardlowo - krtaniowo - uszne w przebiegu dny.)** *Kronika Lekarska. No. 1. 1907.*

11) **Sedziak. Ueber Störungen in der Nase, im Rachen, Kehlkopf und in den Ohren, die bei Geschlechtskrankheiten vorkommen. (Zabuczenia nosowo-gardlowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób narzadów plciowych.)** *Gazeta Lekarska. No. 4, 5. 1907.*

Dies ist die Fortsetzung von verschiedenen früher publicirten Aufsätzen, die Fragmente einer grösseren Monographie bilden, die demnächst von demselben Autor veröffentlicht wird. Verf. stützt sich hauptsächlich auf allgemeine Arbeiten von Loevy, Haugh, v. Sokolowski, Friedrich u. v. A., wie auch auf specielle Arbeiten (Harrison, Mackenzie, Castex u. v. A.). Dazu hat er noch eigene, sehr reichhaltige hinzugefügt.

A. v. SOKOLOWSKI.

12) **Parmentier. Dechloruration und Oto-rhino-laryngopathien. (Déchloruration et oto-rhino-laryngopathies.)** *Progrès Méd. Belge. No. 19. 1906.*

Die vom Autor angestellten allgemeinen Betrachtungen scheinen häufig spe-

cielle krankhafte Störungen zu erklären, mögen sie von Hypertension, Congestion, Oedem oder schlechter excrementieller Depuration abhängen. Jedenfalls hat die Kur mit der Dechloruration sichere durch das Experiment nachgewiesene Effecte nachzuweisen und kann man sie in gewissen Fällen versuchen. Die Schlussfolgerung von P. ist, dass der Specialist immer die speciellen Symptome, die er wahrnimmt, in Zusammenhang zu bringen suchen muss mit den allgemeinen Erscheinungen, welche die Pathologie beherrschen. AUTOREFERAT.

13) **Kopp** (München). **Zur Frage der Natur und Behandlung der Leukoplakie der Schleimhäute.** *Arch. f. Dermat. Bd. 84. 1907.*

Nach den Anschauungen von Kopp, die sich auf 32 Fälle stützen, bereitet die durch vorausgegangene Syphilis bewirkte Gewebsumstimmung den Boden, auf welchem verschiedene Reizmomente (Tabak, scharfe Speisen, Aetzungen, Zahnkanten, mechanische Läsionen) die Leukoplakieherde erzeugen. 4mal wurde der Uebergang in Epitheliom beobachtet. Ausser Hg bei vorausgegangener Syphilis kommt Rauchverbot, sorgfältige Mundpflege, Application von Chromsäure, 50proc. Acid. lacticum etc. in Betracht. SEIFERT.

14) **Werther** (Dresden). **Pemphigus chronicus mucosae pharyngis et laryngis.** *Dermatol. Zeitschr. Bd. XIV. H. 6. 1907.*

65jährige Frau, die seit 2 Jahren an Schleimhautpemphigus leidet. Beginn stets mit Appetitlosigkeit. Mattigkeit und Frösteln, dann infolge der Blaseneruption Schluckbeschwerden und Athemnoth (Blasen im Kehlkopfeingang). Selten Blasen an der äusseren Haut, am Nabel und an den Geschlechtstheilen.

SEIFERT.

15) **Zarubin** (Odessa). **Ueber extragenitale Syphilisinfection.** *Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 85. 1907.*

Unter 47 Fällen von extragenitaler Syphilis eigener Beobachtung befanden sich 17 Fälle mit Tonsillarschanker, 11 Fälle mit Mundlippenschanker. Die Quelle und der Modus der Infection war in der Mehrzahl der Fälle unaufgeklärt geblieben. Am häufigsten konnte als wahrscheinlicher Modus des syphilitischen Contagiums Küsse angenommen werden. Auffallend erscheint die bedeutende Frequenz der extragenitalen Infectionen bei Kindern. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **E. Harrison Griffith. Turbinectomie (Turbinectomy.)** *N Y. Medical Record. 14. April 1906.*

Die Amputation der Muschel soll keine vollständige sein; es soll vielmehr nur soviel von dem Knochen entfernt werden, wie nothwendig ist, um die normale Weite der Nasenhöhle herzustellen. Eine vollständige Turbinectomie ist weit leichter als eine partielle. Sechs Wochen nach der letzteren sind keine Spuren eines chirurgischen Eingriffs in der Nase mehr sichtbar. Die partielle Turbinectomie schafft nur normale anatomische Verhältnisse, während durch die complette

Gebilde mit wichtiger Function zertört werden. G. giebt an, über 10000 Fälle operirt zu haben.

LEFFERTS.

17) **W. Stuart-Low** (London). **Nasenverstopfung. Eine neue Operation — submucöse Turbinectomie. (Nasal obstruction. An new operation — submucous turbinectomy.)** *The Clinical Journal London. 17. October 1906.*

Verf. verwirft die unnöthige Fortnahme intranasalen Gewebes, die zu häufig zur Beseitigung einer Verlegung der Nasenathmung vorgenommen wird. Einer einfachen Anwendung der Principien der submucösen Septumresection auf die Fortnahme hyperplasirten Gewebes an der Muschel giebt er die Bezeichnung: „vordere submucöse Turbinectomie" und proclamirt dies als eine neue Operation. Handelt es sich um die untere Muschel, so wird die Incision fast längs der Hälfte des untersten Theils ihrer Oberfläche gemacht und wendet sich dann nach oben zu der Stelle, wo die untere Muschel an der lateralen Nasenwand angeheftet ist. Die Weichtheile werden dann vom Knochen abgelöst und dieser resecirt. Was die Operation am Knochen anbelangt, so sagt Verf.: „Es bleibt jetzt nur übrig, den cribriformen Theil des Knochens durchzuschneiden und zu extrahiren; dies geschieht, indem man seine Verbindung mit der lateralen festeren Partie durchtrennt".

JAMES DONELAN.

18) **Sidney Jankauer. Eine neue Methode der Operation bei Muschelhypertrophien nebst einer Beschreibung der Instrumente und Technik der intranasalen Naht. (A new method of operating upon turbinal hypertrophies with a description of the instruments and the technic of the intranasal suture.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

Die Operation hat zwei Phasen: Die Excision des hypertrophischen Gewebes und die Naht der Wunde. Diese wird folgendermaasen vorgenommen: Nach Adrenalin und Cocain wird mit dem Messer eine Incision oberhalb und eine andere unterhalb der Hypertrophie gemacht; die beiden Incisionen treffen sich vorn und hinten in einem scharfen Winkel. Die von diesen Incisionen eingeschlossene Partie wird dann mittels Elevatorien und Scheere abgetragen. Es wird dann mit der Zange soviel von dem Knochen entfernt, dass die beiden Wundränder aneinander gebracht werden können. In manchen Fällen wurde die ganze Masse incl. der Knochen auf einmal mittels einer starken Scheere entfernt, jedoch in Anbetracht der Retraction der Schleimhaut war es nothwendig, ausserdem noch einen Knochenstreifen zu entfernen. Da der Knochen besonders nahe seinem unteren Rand sehr rauh ist, so ist es schwer, die Weichtheile in befriedigender Weise abzulösen. Die gebräuchlichen Scheeren und Zangen sind zu dick und plump, so dass dieser Theil der Operation langwierig wird und den grösseren Theil der Zeit beansprucht. Die Vereinigung der Wundränder geschieht durch Naht. Für diese benutzt Verf. Catgut No. 0, das durch Kochen in einer übersättigten Lösung von Ammoninsulphat sterilisirt wird. Es werden 2—10 Nähte angelegt; die durchschnittliche Zahl ist 5. Die Suturen beginnen hinten und schreiten nach vorn fort. Die Technik der Naht, für die besondere Instrumente angegeben sind, muss im Original nachgelesen werden. Verf. hat, um die Er-

lernung der Naht zu erleichtern, eine Art Phantom angegeben. Es ist ihm gelungen, zu zeigen, dass es möglich ist, die modernen chirurgischen Methoden auf die Nasenschleimhaut zu übertragen; seine Methode bedeutet einen wichtigen Fortschritt in der modernen Rhinologie.

Referent hat die mitgetheilten Fälle selbst beobachtet und kann bestätigen, dass alles in dem Aufsatz Enthaltene durchaus den Thatsachen entspricht.

EMIL MAYER.

19) **Eljasson. Hämatome der Nasenscheidewand. (Hematoma nosowoi peregorotki.)** *Jeshemesjatschnik uschmik, gorlowech. nosow. bolesnei. No. 4. 1906.*

Das Hämatom entwickelte sich nach einem Erysipelas des Gesichts. Der 17jähr. Knabe behielt eine Sattelnase zurück.

Die letztere Erscheinung scheint der Diagnose zu widersprechen.

P. HELLAT.

20) **Iljin. Acute Abscesse des Septums. (Gorgftschie gnoiniki nosowoi peregorodki.)** *Mitth. der Bazan. Klinik. Bd. 1. p. 159.*

Es werden 5 traumatische und 4 „idiopathische“ Abscesse beschrieben.

P. HELLAT.

21) **M. A. Goldstein. Die Behandlung der Nasenscheidewandperforation. (The treatment of perforation of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Ist die Perforation von allen daran festhaftenden Borken sorgfältig gereinigt, so sieht man, dass die Schleimhaut sich auf beiden Seiten von dem freien Rand der Perforation im Bereich des grössten Theils von deren Circumferenz retrahirt hat und dass der Knorpel unter dem Rande der Schleimhaut hervorsieht.

Die Operation besteht darin, dass die Schleimhaut auf beiden Seiten vom freien Rand her längs der ganzen Circumferenz der Perforation abgelöst wird, ein Stück Knorpel fortgeschnitten und die Schleimhaut vereinigt wird.

EMIL MAYER.

22) **Henry L. Swain. Wie weit sind Abnormitäten der Nasenscheidewand für mangelhafte Function der Nase verantwortlich? (How far are abnormalities of the nasal septum responsible for mal-function of the nose?)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Die Beobachtung lehrt, dass sowohl Verbiegungen des Septums bestehen können, ohne dass die Patienten jemals an einem merkbaren Katarrh leiden als auch, dass durch Correction der Verbiegung bisweilen die Neigung zu Erkältungen und Katarrhen nicht im geringsten beeinflusst wird.

EMIL MAYER.

23) **Mekler. Ueber Spina vomeralis und ihre klinische Bedeutung. (O speniedom. i jeje klinitscheskam smatschanii.)** *Jeshemesjatschnik. No. 11. 1907.*

M. beschreibt die Anatomie, führt klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen, welche die klinische Bedeutung dieser scheinbar unbedeutenden Anomalie erhärten. Als eine der häufigsten Folgeerscheinungen betrachtet der Autor die Stagnation von Schleim.

Eine solche Stagnation wird in der letzten Zeit vielfach künstlich erzeugt, indem einige Aerzte sich für verpflichtet halten, das starke Schnarchen für gefährlich zu erklären.

P. HELLAT.

24) **Joseph C. Beck. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Verf. operirt in derselben Weise, wie die meisten andern, nur dass er räth, das Mucoperichondrium der Gegenseite dadurch zu separiren, dass man mit Gazestreifen tamponirt.

EMIL MAYER.

25) **Thomas R. French. Bemerkungen über submucöse Resection der Nasenscheidewand und über den Werth schräger Incisionen zur Correction der Septumdeviationen. (Remarks on submucous resection of the nasal septum and also on the merits of oblique incisions in correcting septal deviations.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1906.*

Verf. wendet sich gegen die Vornahme submucöser Resectionen im Kindesalter, da man nicht wissen könne, eine wie wichtige Rolle als Stütze das Septum an dem im Wachsthum begriffenen Schädel beansprucht. Ob nach der Resection eine Neubildung von Knorpel oder Knochen eintrete, wisse man nicht; die Scheidewand fühle sich zwar bald nach der Operation fest an, dies werde aber aller Wahrscheinlichkeit nach nur durch Stränge fibrösen Gewebes bewirkt, die jederseits vom Perichondrium ausgehen.

Verf. ist geneigt, die mangelhaften Resultate, die bisweilen bei Graderichtung des Septums erzielt werden, weniger der Methode als solcher, wie der mangelhaften Technik und Nachbehandlung zuzuschreiben. Es kommt sehr auf die Wahl der Incision an, und diese hängt ganz von der Art der Deviation ab.

EMIL MAYER.

26) **J. F. Barnhill. Resultate der Operationen am Nasenseptum mittels verschiedener Incisionen. (Results of operation upon the nasal septum by means of various incisions.)** *The Laryngoscope. November 1906.*

Die Resultate des Verf.'s bei der Asch'schen Methode waren im Allgemeinen so zufriedenstellend, dass er diese Methode nur ungern aufgiebt; er ist der Ansicht, dass in manchen Fällen die älteren Operationsmethoden auch heute noch durchaus ihren Werth haben.

EMIL MAYER.

27) **John E. Rhodes. Einige Beobachtungen über submucöse Septumresection. (Some observations of submucous resection of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Eine Wiederholung der Freer'schen Ausführungen. Verf. verwirft den Gebrauch der Curette. Das Cocain wendet er in Krystallform local an.

EMIL MAYER.

28) **Richard Lake. Kurze Notiz über submucöse Resection der Cartilago triangularis. (Short note on submucous resection of triangular cartilage.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Verf. incidirt auf den freien Rand der Cartilago triangularis und geht dann submucös vor.

EMIL MAYER.

29) **Erbrich Ein Fall von Deviatio septi, operirt mittels der sog. submucösen Operation nach Killian. (Przypadek skrzywienia, przegrody nosowej operowanej podslusozowo na sporób Killiana.)** *Gazeta Lekarska. No. 8. 1907.*

Es handelt sich um eine 50jähr. Frau, bei der das Nasenathmen seit vielen Jahren erschwert war. Das Resultat der Operation war sehr günstig. Verf. beschreibt genau die Methode der Operation und die dazu gehörigen Instrumente.

A. v. SOKOLOWSKI.

30) **Lee Maidment Hurd. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. Einige auf 75 Fällen basirende Bemerkungen. (The submucous resection of the nasal septum. Some remarks based on seventy-five cases.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Januar 1907.*

Verf. benutzt zur Operation ein Elevatorium, ein submucöses Speculum und zwei Zangen. Zur Incision bedient er sich eines Myles'schen Septummessers, das rechtwinklig zum Griff steht, und einer guten Curette, um durch den Knorpel hindurch zu kommen. Für das Ballenger'sche Messer ist Verf. nicht mehr so enthusiasmirt, seitdem er zwei grosse Zerreissungen bei dessen Gebrauch gesehen hat.

Theoretisch sollen Perforationen nicht vorkommen, in der Praxis lassen sie sich nicht ganz vermeiden.

EMIL MAYER.

31) **Botella** (Madrid). **Drei Beobachtungen über Verbiegung der Nasenscheidewand, behandelt nach dem Killian'schen Verfahren. (Tres observaciones de deviacion del tabique tratadas pos el procedimiento de Killian.)** *Bol. de laringologia. Januar-Februar 1907.*

Verf. betrachtet das Killian'sche Verfahren als das empfehlenswertheste in allen Fällen von Septumverbiegung.

TAPIA.

32) **William Wesley Carter. Indicationen zur submucösen Resection der Nasenscheidewand. (Indications for the submucous resection of the nasal septum.)** *American Journal of Surgery. April 1907.*

Verbiegung allein ist keine Indication zum Eingriff, es müssen auch Zeichen von Nasenverstopfung verhanden sein. Verf. betrachtet die Beseitigung der Deviation oberhalb des unteren Randes der unteren Muschel für wichtiger, als diejenige der so häufigen Leiste nahe dem Nasenboden, weil jene das Ausbreitungsgebiet des Olfactorius und den mittleren Nasengang, den Hauptweg des Respirationsstroms, beeinträchtigt; während die Leiste nahe dem Nasenboden nur den Secretabfluss behindert. Diese Leiste ist gewöhnlich mit dickem Bindegewebe bedeckt, das, nachdem die durch die Verbiegung bedingte Congestion beseitigt ist,

abschwillt. Dazu kommt noch, dass die Entfernung dieser Leiste sehr schmerzhaft und mit heftiger Blutung verbunden ist.

EMIL MAYER.

33) **Braden Kyle. Einige Punkte, betreffend die Resection des knorpeligen Septum. (Some points on the resection of the cartilaginous septum.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Bei der Verbiegung der Cartilago triangularis besteht eine grosse Schwierigkeit darin, die Schleimhaut an der Stelle, wo die Verbiegung einen Winkel macht, abzulösen. Verf. verfährt folgendermaassen: Er führt den Finger in die obstruirte Nasenhälfte und drängt das Septum mit Gewalt nach der anderen Seite. Hier macht er dicht hinter der Stelle, wo Septum cutaneum und Schleimhaut zusammenstossen, eine Incision durch Schleimhaut und Perichondrium und drängt das Septum durch die Incisionsöffnung; dann kann die Schleimhaut leicht abgelöst werden.

EMIL MAYER.

34) **G. Porter** (Edinburgh). **Einige Punkte, betreffend die Geschichte und Technik der submucösen Septumresection. (Some points in the history and technique of the submucous resection of the nasal septum.)** *Edinburgh Medical and Surgical Journal. Mai 1907.*

Verf. giebt ein Resumé der Geschichte der Septumresectionen nebst kurzen Bemerkungen über die Details der heute gebräuchlichen Operationen. In seiner eigenen Praxis bevorzugt er das Operiren im Sitzen bei Cocainanästhesie. Bei nervösen Individuen hält er jedoch auch das Operiren in allgemeiner Narkose und am liegenden Patienten für angebracht.

JAMES DONELAN.

35) **J. F. Byington. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Juni 1907.*

1. In 100 pCt. aller Fälle von Nasenverstopfung infolge von Septumverbiegung wird durch die submucöse Resection Besserung erzielt, während durch die früheren Methoden der Geraderichtung des Septums nur in 65—70 pCt. „gute“ Erfolge erreicht wurden.

2. Die Resultate sind absolut dauernde.

3. Die Function der Mucosa und Submucosa wird erhalten; nur in sehr wenigen Fällen ist ein geringes Einsinken des Nasenrückens berichtet worden.

4. Die Operation kann unter Localanästhesie fast schmerzlos gemacht werden.

5. Viele Fälle von Nasenverstopfung werden jetzt durch die submucöse Resection geheilt und manche untere Muschel, die früher theilweise oder ganz ohne Ansehung ihrer hohen functionellen Bedeutung geopfert wurde, wird jetzt erhalten.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

36) **S. Goldflam** (Warschau). **Ein Fall von angeborenen Fisteln der Unterlippen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1907.*

Eingehender Bericht über einen einschlägigen Fall: Es handelte sich um eine congenitale Missbildung bei einem 22jährigen Patienten an der Unterlippe, an welcher sich zu jeder Seite der Medianlinie im Lippenroth eine Fistelöffnung befindet, die in eine sackförmige Erweiterung oralwärts unter den Schleimhauttheil der Unterlippe mündet. Ausser diesen zwei symmetrischen befinden sich in der linken Hälfte der Unterlippe zwei kleinere, rudimentäre und unsymmetrische Gebilde, welche in der Hauptsache die gleichen morphologischen Charaktere aufweisen. Die Anomalie tritt genau in derselben Weise bei drei anderen Mitgliedern der Familie (Vater, 2 Geschwister), also familiär auf. Anschliessend Besprechung der einschlägigen spärlichen Literatur.

HECHT.

37) **Leopold Bleibtreu** (Köln a. Rh.). **Scheinbare Makrochilie bei Hysterie.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1907.*

Die durch eine „brettharte Spannung und Contraction der Mundmuskulatur“ bedingte rüsselartige Form des Mundes bei der 13jährigen Patientin liess sich auf Grund mehrerer hysterischer Stigmata als hysterische Contractur feststellen, die unter entsprechender Behandlung allmählich verschwand.

HECHT.

38) **Ulrich Johan** (Kopenhagen). **Labium leporinum und palatum fissum congenitum.** *Kopenhagen 1906. 93 Ss.*

Der Verf. hat im Laufe der letzten 4 Jahre 20 Hasenscharten- und 11 Gaumenspalten-Operationen ausgeführt. Die Hasenscharten sind alle per primam geheilt, 3 waren doppelseitige und 8 mal musste der prominirende Mittelkiefer reponirt werden. Nur ein Patient, ein 11 Monate altes Kind, starb. Von den Gaumenspalten waren nur 3 totale und in 5 Fällen war der weiche Gaumen allein befallen. In 2 Fällen musste reponirt werden, während die übrigen 9 per primam geheilt wurden.

E. SCHMIEGELOW.

39) **Mucha** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Bakterienflora der Mundhöhle.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Bei Gesunden und bei Augenkranken hat M. einen Streptococcus gefunden, der wohl mit dem Leuconostoc hominis von Hlawa übereinstimmt. Die Rolle, die Hlawa diesem Streptococcus als Krankheitserreger, namentlich bei den acuten Exanthemen zuschreibt, hält Mucha noch nicht für erwiesen. Dass dieser Streptococcus Thieren gegenüber pathogen wirkt, ist richtig.

SEIFERT.

40) **Sinotecki. Ein Fall von tuberculösem Geschwür der Mundschleimhaut. (Przypadek owrzodzen gruzlicych jamy ustnej.)** *Gazeta Lekarska. No. 8. 1907.*

Der vorliegende Fall bezog sich auf einen 30jährigen Mann, bei dem seit 2 Jahren sehr ausgebreitete Geschwüre auf der Schleimhaut des weichen und harten Gaumens sich befanden. Die Geschwüre vernarbten infolge Milchsäurebehandlung.

A. v. SOKOLOWSKI.

41) **Swiatecki. Ueber Mundschleimhautgeschwüre von ungewöhnlichem Interesse bei Kindern. (Owrzodzenia jamy ustnej w dzieci o niezwyklych cechach klinicznych.)** *Gazeta Lekarska. No. 11. 1907.*

Verf. beschreibt 14 Fälle von Mundschleimhautgeschwüren bei 6—10jährigen Mädchen. Die ziemlich breiten Geschwüre befanden sich auf der Schleimhaut der Wange, auf dem weichen Gaumen und in einigen Fällen auf dem seitlichen Zungentheile und auf der Gaumenmandel. Die Geschwüre breiteten sich auf der einen Seite der Mundschleimhaut aus, von unregelmässigen Contouren und waren mit weissem Belage bedeckt. Bei Sondirung waren sie wenig schmerzhaft, leicht blutend. DerZustand der Kranken waren fieberlos, die lymphatischen submaxillären Drüsen waren stark geschwollen, die Zähne auf der entsprechenden Seite waren mit Steinbelag behaftet. Die bakteriologischen Untersuchungen des Belages zeigten meistens Staphylo- und Streptokokken. Die Geschwüre heilten rasch unter Einfluss der Chromsäure-Bepinselungen. Die vom Verf. beschriebenen Geschwüre konnten schwerlich mit einem der bisher beschriebenen Falle von Geschwüren der Mundschleimhaut verglichen werden.

A. v. SOKOLOWSKI.

42) **Schaffer** (Breslau.) **Ueber ungewöhnliche und diagnostisch schwierige Erkrankungen der Mundschleimhaut bei Syphilis und Hautkrankheiten.** *Arch. f. Dermat. u. Syphilis. Bd. 85.*

In der vorliegenden Arbeit, die eine Fülle von interessanten Beobachtungen und daran sich anschliessende Bemerkungen enthält, bezieht sich das erste Capitel auf die seltenen Erscheinungen bei primärer, secundärer, maligner und tertiärer Syphilis. In einem hieran sich anschliessenden Abschnitt werden die Beziehungen der Leukoplakie zur Syphilis, zum Quecksilber und zum Carcinom besprochen und darnach die Munderscheinungen nach Quecksilberbehandlung. Der zweite Theil der Arbeit beschäftigt sich mit den ungewöhnlichen Eruptionen der Mundhöhle bei Hautkrankheiten, bei Lichen ruber planus, Erythema exsudativum multiforme und Arznei-Exanthemen. Hieran schliessen sich Bemerkungen über blasenbildende Schleimhauterkrankungen (Pemphigus), dann über Herpes, Ekzem, Psoriasis vulgaris, Quincke'sches Oedem und Pseudoleukämie.

SEIFERT.

43) **Wyatt Wingrave. Mundsepsis bei Halsoperationen. (Oral sepsis in operation on the throat.)** *Lancet. 26. October 1906.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Nothwendigkeit, die Mundhöhle vor allen Halsoperationen zu reinigen. Der Nasenrachen ist im Allgemeinen steril und es ist keine Gefahr vorhanden, dass nach Operationen daselbst Infectionen stattfinden. Die Mundhöhle ist schwer zu sterilisiren und ist voll aller Arten von Keimen. Die meisten Fälle von Eiterung nach Entfernung der Tonsillen sind auf Infection von der Mundhöhle aus zurückzuführen, besonders bei schlecht genährten Kindern. Verf. empfiehlt zur Desinfection Formamint oder Zinkpermanganat oder Lysoform in Form einer Ausspülung oder locale Application von Acid. sulfuros.

ADOLPH BRONNER.

44) Notiz des Herausgebers. **Mundspülungen bei syphilitischen Geschwüren. (Mouth wash for syphilitic ulcers.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1907.*

Rp. Hydrarg. chlorat. corrosiv. 0,2,
Alcohol. 2,0,
Tinct. Myrrh. 100,0,
Decoct. Chin. 150,0,
Mel. ros. 45,0.
MDS. 2—3mal. täglich zum Mundspülen.

LEFFERTS.

45) **Riecke** (Leipzig). **Zur Kenntniss der Pityriasis lichenoides chronica.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 83.*

Bisher galt für die Pityriasis lichenoides chronica als Regel ohne Ausnahme die Intactheit der sichtbaren Schleimhäute. In seinem 2. Falle vermochte aber Riecke Efflorescenzen an der Schleimhaut des harten Gaumens (s. Abbildung) nachzuweisen, welche dem Typus der Hautefflorescenzen durchaus entsprechen, sowohl was ihre Morphologie als auch ihre Consistenz und ihre mangelnde Tendenz zur Confluenz anlangt.

SEIFERT.

46) **Biehler. Vier Fälle von Perforation des weichen Gaumens bei Scharlach. (4 przypadki przedziurawienia podnie bienia miekkiego w Szkarlatynie.)** *Kronika Lekarska. No. 11, 12. 1907.*

Verfasserin beschreibt 4 Fälle von Perforation des weichen Gaumens bei kleinen Mädchen (älteste 5 Jahre). Die Perforation entstand an der Stelle tiefer Exulceration im Laufe der ersten Tage der Krankheit (am spätesten in einem Fall nach einer Woche). Trotzdem war in zwei Fällen der Allgemeinzustand der kranken Kinder gut, doch der Ausgang in allen 4 Fällen verlief ungünstig. Bei der Autopsie wurden bronchopneumonische Herde in den Lungen nachgewiesen.

A. v. SOKOLOWSKI.

47) **Vues. Zahnfortsatzperiostitis mit Kiefernekrose. (Periostite alveolo-dentaire avec nécrose du maxillaire.)** *La Policlinique. No. 4. 1906.*

Extraction eines grossen Sequesters, welcher den Alveolarrand von den Schneidezähnen an bis zum 1. Praemolaris mit umfasste und einen Substanzverlust hinterliess, dass man die Finger in den Sinus einführen konnte.

BAYER.

48) **Kenneth Goadby. Alveolarpyorrhoe. (Pyorrhoea alveolaris.)** *Lancet. 9. März 1907.*

Chronische Alveolareiterung ist bei weitem häufiger, als man glaubt. Die allgemeinen Folgen sind sehr wichtig; sie sind: 1. Infection der Highmorshöhle und der anderen Nasennebenhöhlen, des Auges und Ohres. 2. Ingestion von Bacterien durch den Magen. 3. Directer Eintritt von Bacterien durch das Zahnfleisch. Am häufigsten finden sich Streptokokken und Staphylokokken. Es werden einige Abbildungen von den 90 verschiedenen Arten von Mikroorganismen gegeben, die bei Pyorrhoea alveolaris gefunden wurden und sie mit dem bakteriologischen Befund bei anderen Zahnfleischerkrankungen verglichen. Eine detaillirte

Krankengeschichte wird von 36 Fällen gegeben. Die Behandlung soll local und allgemein sein mit Berücksichtigung des opsonischen Index der verschiedenen Bacillengruppen.

ADOLPH BRONNER.

49) **George H. Weaver** und **Ruth Junnicliffe. Noma.** *Journal of infectious diseases. 1. Januar 1907.*

Historische Skizze dieser Erkrankung und eine sehr ausführliche Studie über ihre Pathologie. Pathologische und mikroskopische Anatomie, Symptome, Behandlung etc. werden sorgfältig behandelt. Verf. berichten sodann über einen Fall, den sie beobachtet haben. Die in Ausstrichpräparaten aus Nase und Mund vor dem Tode und in dem nekrotischen Gewebe des Gesichts unmittelbar nach dem Tode gefundenen Mikroorganismen glichen ganz den fusiformen Bacillen und Spirillen. Die thrombosirten Gefässe enthielten gleichfalls solche.

EMIL MAYER.

50) **H. Lyle. Verbesserter Mundsperrer. (Improved mouth gag.)** *Lancet. 30. April 1907.*

Illustrirt. Gewöhnlicher Mundsperrer mit zwei Zahnplatten, mit Gummi bekleidet. Angefertigt bei White and Wright, 93 Renschaw Street, Liverpool.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtherie und Croup.

51) **L. Friesner. Unerkannte Diphtherie bei Kindern. (Unrecognized diphtheria in children.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Mai 1907.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass Nasendiphtherie bei Kindern häufig übersehen wird. Die Patienten machen keinen sehr kranken Eindruck, weisen nur eine geringe Temperatursteigerung auf, keine grossen Veränderungen des Pulses und der Athmung, noch Beeinträchtigung der Esslust. Gelegentlich ist die Nasensecretion nur auf eine Seite beschränkt und diese Seite des Vestibulum nasi, sowie die Lippe ist roth und geschwollen. Die Cervicaldrüsen sind nicht immer geschwollen. Gewöhnlich wird ein gelblicher Schleim abgesondert, der später eine grünliche Farbe annimmt. Die Absonderung und die Schwellung der Lippe sind die hauptsächlichen Erscheinungen, über die geklagt wird. In den ersten Stadien ergiebt die Untersuchung der Nase nur eine acut entzündete Schleimhaut. Entwickelt sich die Krankheit weiter, so sieht man mehr oder minder typische Membranen. Die Gefahr, die solche Patienten für sich selbst und ihre Umgebung bedeuten, rechtfertigen eine sorgfältige bacteriologische Untersuchung. Es werden zwei instructive Fälle mitgetheilt. Verf. betont, dass eine Untersuchung der Nase bei kranken Kindern ebenso wichtig ist, wie eine Untersuchung des Halses.

LEFFERTS.

52) **E. Field. Diphtherische Membran in Rachen, Oesophagus und Luftwegen. (Diphtheric membrane involving the pharynx, oesoghagus and respiratory passages.)** *Lancet. 29. Januar 1907.*

Fälle von diphtherischem Belag im Oesophagus sind sehr selten. Der Pat.,

von dem hier die Rede ist, kam am 7. October 1906 mit Kopfschmerz und Halsentzündung in Behandlung und gab an, seit 5 Tagen krank zu sein. Weicher Gaumen und Gaumenbögen waren sehr geschwollen. Temperatur 38,5°. Dünne fibrinöse Beläge bedeckten Uvula und hintere Rachenwand. Dämpfung über beiden unteren Lungenlappen. Im Urin reichlich Eiweiss. Dysphagie und Dyspnoe, Cyanose, Exitus in 24 Stunden trotz reichlicher Serumgaben. Die Section zeigte das Vorhandensein grosser Membranen, die den ganzen Pharynx bedeckten und sich nach unten bis fast zur Cardia erstreckten. Membranen füllten auch die Trachea und die grösseren Bronchien aus; die Stimmbänder waren nicht bedeckt. Die Untersuchung auf Diphtheriebacillen ergab positives Resultat.

ADOLPH BRONNER.

53) **M. T. Rosenau** und **J. F. Anderson. Antitoxin und postdiphtherische Lähmung. (Antitoxin and post-diphtheric paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 18. Mai 1907.*

Verf. haben eine Reihe von Versuchen an Meerschweinchen ausgeführt, deren Ergebnisse sie glauben, auf den Menschen übertragen zu können. Alle Thiere erhielten die gleiche Dosis einer Toxin-Antitoxinmischung. Diejenigen, die 250 Immunitätseinheiten 24 Stunden nach der Infection erhielten, genasen, während diejenigen Thiere, die erst 48 Stunden nach der Infection in Behandlung genommen wurden, Lähmungserscheinungen aufwiesen und starben. Thiere, die 1000 I.-E. 48 Stunden nach der Infection erhielten, genasen schnell; wurde das Antitoxin täglich in refracta dosi gegeben, so war der Verlauf noch besser. Aus den Versuchen geht hervor, dass das Antitoxin frühzeitig und in reichlichen Dosen gegeben werden muss.

LEFFERTS.

54) **Battier. Die Anwendung von Antidiphtherieserum bei der Geflügeldiphtherie. (The employment of antidiphtheric serum in the diphtheria of birds.)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1907.*

Verf. berichtet über eine Diphtherieepidemie, von der die Bewohner seines Geflügelhofes befallen wurden. Drei von den Vögeln waren bereits verendet, als dem Verf. der Gedanke kam, an den Ueberlebenden die Wirkung des Diphtherieserums zu versuchen. Der Effect einer Einspritzung von 1 ccm dieses Serums war ausgezeichnat. Ausser dieser Behandlung wurde noch Reinigung des Rachens mit antiseptischen Lösungen angewandt. Unter dieser Therapie lief die Epidemie ab und die Vögel genasen. Die berichtete Thatsache ist von mehreren Gesichtspunkten aus interessant. Vom Standpunkt der vergleichenden Anatomie kann man die Frage aufwerfen, ob die Diphtherie der Menschen nicht eine modificirte Form der Geflügeldiphtherie ist, da das menschliche Antidiphterieserum bei dieser wirkt.

LEFFERTS.

55) **Pánczél. Zwei Fälle von postdiphtherischer Lähmung mit Serum behandelt.** *Orvosi Hetilap. No. 10. 1907.*

In einem Falle bestand Lähmung des Velum, Ataxie der Beine; im zweiten neben Lähmung des Velum und der Pharynxmuskeln Erkrankungen verschiedener Hirnnerven, Ataxie der Extremitäten, sowie Cyanose, Dyspnoe und Arythmie des

Pulses. Nach Injection von hohen Dosen Diphtherieserums war der Erfolg im ersten Falle ein günstiger, im zweiten ein eclatanter. v. NAVRATIL.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

56) **Mogilnicki. Acuter Kehlkopfkatarrh bei Kindern, Croup vortäuschend. (Ostry niezyt krtani w dzieci, symulujacy krup pierwotny.)** *Czasopismo lekarskie. No. 5. 1907.*

Verf. beschreibt 10 Fälle von acutem Kehlkopfkatarrh bei Kindern mit schwerem Verlauf, Kehlkopfdiphtherie vortäuschend. Die Krankheit verlief unter der Erscheinung von Larynxstenose mit Fieber bis zu 39°. In 4 Fällen wurde Intubation ausgeführt, ein Kind wurde tracheotomirt. Ein Fall verlief tödtlich in Folge von acuter Lungenentzündung. In allen Fällen erwies die bakteriologische Untersuchung keine Diphtheriebacillen. A. v. SOKOLOWSKI.

57) **A. Brown Kelly. Die diffuse hyperplastische Laryngitis und Pharyngitis bei congenitaler Syphilis. (The diffuse hyperplastic laryngitis and pharyngitis of congenital syphilis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Man soll im Auge behalten, dass eine symmetrische Hyperplasie der Kehlkopfschleimhaut ohne Ulcerationen als eine Erscheinung congenitaler Syphilis auftreten kann bei Patienten, bei denen alle anderen Symptome fehlen; Besserung ist nur zu erzielen durch antisyphilitische Behandlung. EMIL MAYER.

58) **J. H. Abraham. Traumatische Laryngitis mit Eversion des Ventrikels. (Traumatic laryngitis with eversion of laryngeal ventricle.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Pat. hatte einen heftigen Schlag gegen die rechte Seite des Kehlkopfs erhalten; er klagte über Dysphagie und konnte keinen Laut hervorbringen. Die Kehlkopfschleimhaut war entzündet und infiltrirt. Oberhalb des rechten Stimmbandes und dieses vollkommen bedeckend, sah man einen ovalen tief injicirten Tumor, der für einen Prolaps des Ventrikels angesprochen wurde. Die Behandlung bestand in Bettruhe, Eiscompressen und Anwendung von Magnesiasulphat. Am vierten Tage wurde eine 1proc. Lösung von Aluminium in den Kehlkopf gesprayt, die später auf 5 pCt. verstärkt wurde. Völlige Genesung.

EMIL MAYER.

59) **Gámán. Laryngitis hypoglottica chronica.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1907.*

Kranker wird mit Schrötter'schen Tuben behandelt; der Erfolg ist ein günstiger. v. NAVRATIL.

60) **F. Reiche** (Hamburg-Eppendorf). **Laryngitis membrano-ulcerosa fusibacillaris.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1907.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von primärer Laryngitis mit Plaut-Vincent'schen Bacillen und ausgedehntem Belag ohne Beimischung von Spirillen. Der Fall bot ausserdem durch eine Reihe von Complicationen (starke nephritische Reizung, später doppelseitige Accommodationslähmung, periphere Neu-

ritis in den unteren Extremitäten, myopathische Hypokinese des Larynx) besonderes Interesse und beweist, „dass solche für echte Diphtherie sonst charakterische Complicationen auch gelegentlich bei schweren oder protrahirten Formen der fusibacillären Erkrankungen in die Erscheinung treten können“. HECHT.

61) **C. Birch. Bemerkungen über einen Fall von angioneurotischem Oedem des Kehlkopfs. (Notes on a case of angioneurotic oedema of the larynx.)** *Lancet. 5. Januar 1907.*

Pat., ein 8jähr. Knabe, klagte in der Nacht über Athemnoth; diese nahm zu und steigerte sich innerhalb einiger Stunden zu Dysphagie mit Cyanose. Puls 140, Temp. 39°. Einziehungen in den Intercostalräumen. Thorax normal. Geringe Entzündung des Rachens und der Mandeln. Man vermuthete Diphtherie und injicirte 2000 J.E. Es konnten keine Bacillen gefunden werden. Während dessen liess die Dyspnoe nach und am Nachmittag konnte Pat. wieder gut athmen und schlucken. Temperatur noch 39°. Am nächsten Tage völliges Wohlbefinden.

ADOLPH BRONNER.

62) **Heymann** und **A. Meyer** (Berlin). **Zur Aetiologie des Kehlkopfödems.** *Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Wie Friedreich, so halten auch die Verff. zunächst eine Scheidung in „einfache“ nicht entzündliche und in entzündliche Oedeme für angezeigt. Die entzündlichen Oedeme (Laryngitides submucosae acutae) mögen in solche, die im Bilde einer einfachen localen Entzündung und in solche, die mit infectiösen Allgemeinerscheinungen verlaufen, getrennt werden. Es wird vorgeschlagen, in Kürze solche zu scheiden in „einfach entzündliche“ und „septische oder phlegmonöse“ Formen. Der infectiöse Process kann entweder primär in der Submucosa des Larynx entstehen oder im Verlaufe einer anderen septischen Erkrankung dort zur Erscheinung kommen. SEIFERT.

63) **E. Guder. Ueber primäre Larynxtuberculose und die Beziehungen zwischen Larynx- und Lungentuberculose. (De la tuberculose primaire du larynx et des rapports entre les tuberculoses laryngée et pulmonaire.)** *Revue méd. de la Suisse romande. XXVII. März 1907.*

Die tuberculöse Laryngitis ist in der Mehrzahl der Fälle Folge der Lungentuberculose. Primäre Larynxtuberculose ohne eine andere bacilläre Erkrankung des Organismus ist eine Seltenheit. Die häufigste Art der Infection des Kehlkopfs geht auf dem Lymphwege vor sich. J. KATZENSTEIN.

64) **Bernex. Tuberculöse Larynxcyste. (Kyste tuberculeux du larynx.)** *Marseille médical. No. III. Februar.*

Zweilappiger, dem vorderen Theil des linken Taschenbandes aufsitzender glatter Tumor von gelblicher Farbe mit Gefässverästelungen auf seiner Oberfläche; Abtragung des Tumors mit der Ruault'schen Zange. Patient starb an generalisirter Tuberculose. Es handelte sich um eine Cyste mit zu käsiger Masse eingedicktem tuberculösen Eiter. In der Cystenwand fanden sich Tuberkel.

BRINDEL.

65) **Burger** (Amsterdam). **Die Bedeutung der Kehlkopftuberculose für die Behandlung der Lungentuberculose.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Bietet für die einfache Lungenphthise die Sanatoriumbehandlung die besten Aussichten auf Genesung, so ist für die combinirte Lungen- und Larynxtuberculose der Aufenthalt in einem guten Sanatorium, wo von geübter Hand der Larynx local behandelt wird, am meisten erwünscht. Aber auch ohne Sanatorium soll nie die Allgemeinbehandlung etwa als unwesentlich vernachlässigt werden. B. hält eine klinische Behandlung für durchaus rationell und schreibt den Dauererfolg der Heilung bei zwei seiner Patientinnen nicht zum geringen Theil auf Rechnung der 12 resp. 7 Monate fortgesetzten Spitalbehandlung. SEIFERT.

66) **Harold Barwell. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Lancet. 10. November 1906.*

Verf. behandelt Ulcerationen so, dass er Lake's Lösung (50 pCt. Milchsäure, 7 pCt. Formalin und 10 pCt. Carbolsäure) täglich unter Anwendung gewisser Gewalt in die afficirten Theile einreibt. In manchen Fällen bedient er sich der Heryng'schen Curette; für die Arytaenoidgegend empfiehlt er Lake's scheidende Zange.

Er theilt seine Fälle in 3 Klassen: Die erste umfasst die leichten Lungenfälle; bei diesen kann selbst bei ausgedehnter Kehlkopferkrankung noch Heilung erzielt werden. Auch wenn die Lungen so weit erkrankt sind, dass eine Wiederherstellung nicht mehr erwartet werden kann, können doch die Kehlkopferscheinungen oft durch eine locale Behandlung beseitigt werden. Und selbst in hoffnungslosen Fällen mit vorgeschrittener Lungentuberculose kann die Localbehandlung dem Patienten noch viele Schmerzen und Beschwerden erleichtern.

ADOLPH BRONNER.

67) **G. A. Weill** (Paris). **Abhandlung über die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Marmorek'schem Serum. (Essai sur le traitement de la tuberculose laryngée par le sérum de Marmorek.)** *Progrès médical. 18. Mai 1907.*

Vierundzwanzig Beobachtungen theils primärer (?), theils secundärer Tuberculose, die auf diese Weise behandelt wurden. Die Resultate sind sehr ermuthigend. Die Wirkung ist in allen Fällen eine schnelle und besonders augenfällig, wenn es sich um primäre oder sehr beschränkte secundäre Tuberculose handelt. In den ersteren Fällen genügt das Serum, in allen anderen muss die Serumbehandlung combinirt werden mit chirurgischen Methoden.

GONTIER de la ROCHE.

68) **Thost** (Hamburg). **Die Behandlung der Fälle von schwerer Larynxtuberculose.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61. 1907.*

Für die Heilung der Larynxtuberculose kommt wesentlich in Betracht völlige Ruhe, gute Ernährung, ein günstiges Klima. Wird damit eine gute Localtherapie verbunden, Aetzungen mit Milchsäure, Galvanocaustik und Elektrolyse, ferner chirurgische Eingriffe, Curettement und Abtragung von Geschwürswunden, Brücken und papillären Wucherungen, oder chirurgische Eingriffe und medicamentöse Behandlung combinirt, so steigt die Zahl der Heilungen noch. Bei den

schweren Fällen ist die Behandlung eine symptomatische, eine Heilung ist ausgeschlossen, die Behandlung wird sich nach den einzelnen Symptomen zu richten haben. An eine primäre Larynxtuberculose kann Thorst nicht glauben.

SEIFERT.

69) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Bedeutung der Kehlkopftuberculose für die Behandlung der Lungentuberculose. (De beseekenis der tuberculose van hat strottenhoofd vor de behandeling der longtuberculose.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 5. 1907.*

B. bespricht die Ursachen der sinkenden Würdigung der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose. Er theilt 3 Fälle mit, in welchen seit der von ihm auf chirurgischem Wege erreichten Heilung resp. 8, 10 und 11 Jahre vergangen sind. Die auseinandergehenden Resultate der verschiedenen Autoren sind nicht durch ein verschiedenes Material, ebensowenig durch verschiedene Geübtheit und Technik zu erklären. Hauptsache ist, dass die chirurgische Behandlung einen grossen Aufwand an Ausdauer, Geduld, Glauben erfordert. Die Mehrzahl der Kranken ist von vornherein von dieser Behandlung ausgeschlossen. Misserfolge sind zahlreich, besonders wenn die Lungen nicht heilen. Dennoch erreichen die optimistischen, beharrlichen Aerzte, die sich von Misserfolgen und Enttäuschungen nicht abschrecken lassen, immer neue Resultate. Schliesslich bespricht B. die Sanatoriumbehandlung, welche s. A. n. an und für sich fast nie ausreicht, um eine Larynxtuberculose zu heilen. Es sollte nie ein Lungenphthisiker ohne vorherige Kehlkopfuntersuchung in ein Sanatorium geschickt werden, und bei Patienten mit Lungen- und Larynxtuberculose sollten nur solche Sanatorien in Betracht kommen, wo nicht nur die kranken Lungen, sondern auch die kranken Kehlköpfe systematisch untersucht und event. auch auf chirurgischem Wege behandelt werden.

H. BURGER.

70) **Sir Felix Semon. Bemerkungen über den therapeutischen Werth völliger Stimmruhe während der Sanatoriumbehandlung der Larynxtuberculose. (Remarks on the therapeutic value of complete vocal reste during the sanatorium treatment of laryngeal tuberculosis.)** *British Medical Journal. II. p. 1623. 1906.*

Verf. geht davon aus, dass bei der von Moritz Schmidt 1887 empfohlenen Behandlung der Larynxtuberculose mittels Tracheotomie das Hauptmoment in der Ruhestellung des Kehlkopfs bestand. Er sieht in dem Schweigen an sich ein wirksames Hülfsmittel in der Therapie der Lungentuberculose. Die Patienten können ein absolutes Schweigegebot im eigenen Heim nur unter Schwierigkeiten oder gar nicht befolgen, und einer der grossen Vortheile der Behandlung im Sanatorium besteht darin, dass dieses Gebot dort consequent durchgeführt werden kann. Verf. hat besonders in Fällen von acuter Reizung und katarrhalischer Congestion ausgezeichnete Resultate gehabt. Irritation und Infiltration und isolirte Ulcerationen verschwanden völlig in Fällen, in denen diese Behandlung durchgeführt wurde. Geduld und Ausdauer sind wichtige Factoren. Verf. giebt Details in 7 Fällen, die mit günstigem Erfolg durch eine Schweigekur behandelt wurden.

JAMES DONELAN.

71) **L. F. van der Sman** (Renkum). **Die Sanatoriumbehandlung bei der Tuberculose der Athmungsorgane. (De sanatoriumbehandeling bij de tuberculose der ademhalingsorganen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 19. 1907.*

Sanatoriumbetrachtungen. Verf. hebt die Vortheile der Sanatoriumbehandlung hervor, auch für die mit Kehlkopftuberculose complicirten Fälle, bei welchen indessen eine örtliche Behandlung dringendes Erfordernis ist.

H. BURGER.

72) **Rabasa Fontsere** (Barcelona). **Beitrag zum Studium der Tracheotomie bei tuberculösen Laryngitiden. (Contribucion al estudio de las laringitis tuberculosas.)** *Rev. Barcelon. de laringologia. No. 8.*

Verf. berichtet über 4 Fälle aus der Klinik von Martin:

I. Stenosirende fibröse Tuberculose; Infiltration der Arygegend. Lungentuberculose. Tracheotomie. Erhebliche Besserung.

II. Intensive diffuse Infiltration der Stimmbänder und Aryknorpel. Tracheotomie. Merkliche Besserung.

III. Schwere Infiltration des Larynx; starke Stenose; vorgeschrittene Lungenaffection. Tracheotomie aus vitaler Indication. Tod nach 48 Stunden.

IV. Schwere Infiltration des Larynx. Dyspnoe. Tracheotomie. Erhebliche Besserung.

Verf. verwirft die Tracheotomie in Fällen mit schmerzhafter Dysphagie und schweren Lungencomplicationen. Er empfiehlt sie in den Fällen von fibröser Form der Tuberculose.

TAPIA.

73) **Poncet** und **Sargnon** (Lyon). **Klinische Diagnose: Tracheotomie vor zwei Jahren wegen Kehlkopftuberculose. Dauerndes Tragen der Canüle. Austritt von käsigen Massen aus der Canüle. Kachexie. Hineinfliessen von Flüssigkeiten in die Trachea. Extraction eines beweglichen Sequesters mittels der unteren Tracheoskopie. Tod an Bronchopneumonie. Autopsie: Sehr wahrscheinlich Syphilis. Sequester des Ringknorpels in die Trachea gefallen; laryngo-tracheale Fistel, die infolge Bronchopneumonie den Tod herbeiführte. Schliessliche histologische Diagnose: Tuberculose. (Diagnostic clinique: Trachéotomie latent de deux ans pour tuberculose laryngée. Port permanent de la canule. Issue de matière caséeuse par la canule. Cachexie. Chute des liquides dans la trachée. Extraction d'un séquestre mobile par trachéoscopie inférieure; Mort de Bronchopneumonie. Autopsie: Syphilis très-probable. Séquestre cricoidien tombé dans la trachée et fistule laryngo-trachéale amenant la mort par broncho-pneumonie. L'examen histologique conclut: Tuberculose.)** *Semaine médicale de Lyon. 14. April 1907.*

Der Titel ist wohl ausführlich genug.

GONTIER de la ROCHE.

74) **Carl E. Munger. Die gemischte Kehlkopfinfection. (The mixed laryngeal infection.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Anstatt dass bei einer Combination von Syphilis und Tuberculose im Larynx die Erkrankung einen rapiden Verlauf nimmt oder doch einen schnelleren, als wenn es sich um eine Erkrankung allein handeln würde, finden wir vielmehr das

Gegentheil; auch leidet das Allgemeinbefinden nicht eher, als bis die Affection so ausgesprochen ist, dass Schlucken und Athmung beeinträchtigt wird.

EMIL MAYER.

75) A. Lipscher. **Beiderseitige Ankylose der Crico-arytaenoidalgelenke auf luetischer Grundlage.** *Orvosi Hetilap. No. 16. 1907.*

42 Jahre alter Mann. Vor 13 Jahren Lues. Im April 1906 wegen Suffocationserscheinungen Tracheotomie. Im Januar 1907 meldet er sich wieder: Kehlkopf anatomisch ganz normal, nur ist die Stimmritze kaum 1—2 mm weit, erweitert sich kaum etwas; beide Cricoarytaenoidalgelenke frei.

v. NAVRATIL.

76) Moussons. **Ueber einen Fall von angeborener Verengerung der Trachea. (Sur un cas de rétrécissement congénital de la trachée.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. VII. 1907.*

Das einen Monat alte Kind bot alle Anzeichen einer Stenose der Luftwege dar. Es lebte nur 3 Monate lang. Bei der Autopsie fand sich eine Verengung der Trachea 3 cm unterhalb des Ringknorpels in einem Umfang von 1 cm. In dieser Höhe war die Trachea gewunden und über die Längsachse gebogen. Das Tracheallumen war um die Hälfte eingeengt. In der Umgebung fand sich kein Tumor oder Drüsen, die eine Compression ausgeübt hätten. Keine Missbildung der grossen Gefässe.

BRINDEL.

77) Max Mann (Dresden). **Ueber einige Fälle von Erkrankungen der Luftröhre und der Bronchien, diagnosticirt mit Hülfe der Killian'schen Tracheo-Bronchoskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1907.*

Kritischer Bericht über eine Reihe einschlägiger Fälle, deren Krankengeschichten in extenso angeführt sind: 1. Osteochondrom der Trachea bei einer Ozaenakranken. 2. Rauhigkeit der Schleimhautoberfläche der Trachea bei einer Ozaenakranken. 3. Sarkomatöse Struma, Stenose der Trachea, sarkomatöser Tumor an der Hinterwand der Trachea. 4. Trachealstenose unweit der Bifurkation ohne nachweisbare Ursache, vielleicht in Folge tuberculöser Infiltration der peritrachealen Lymphdrüsen. 5. Linksseitige Gaumen- uud Kehlkopflähmung, Compression des linken Bronchus, vielleicht als Folge einer Lymphdrüsentuberculose am linken Lungenhilus. 6. Carcinom im rechten Hauptbronchus, mikroskopisch diagnosticirt, bei Fehlen aller objectiven Symptome.

HECHT.

78) De Havilland Hall. **Fall von Compression der Trachea. (Case of pressure on the trachea.)** *Lancet. 20. April 1907.*

Pat. erkrankte im December unter den Anzeichen der Influenza. Wiederherstellung in 12 Tagen, fühlte sich aber noch sehr schwach. Nachdem er 14 Tage lang gearbeitet hatte, bekam er leichte Dyspnoe und fühlte sich sehr schlecht. Puls 140. Thorax anscheinend normal; jedoch drang nur wenig Luft in die Lungen. Laryngoskopische Untersuchung ergab normale Verhältnisse. Tod in 2 Tagen. Section ergab das Vorhandensein vergrösserter Drüsen, die oberhalb der Bifurcation auf die Trachea drückten und sich als lympho-sarkomatös erwiesen.

ADOLPH BRONNER.

79) Chevalier Jackson. **Tracheostenose durch Thymusdrüse: Tracheoskopie; Thymectomie; Heilung. (Thymic tracheostenosis; tracheoscopy; thymectomy; cure.)** *Journal of the American Medical Association. 25. Mai 1907.*

Dies ist der siebente Fall, in dem eine Heilung des Asthma thymicum durch Thymectomie berichtet wird, der erste, in dem die Diagnose durch die Durchstrahlung bestätigt wurde, und der einzige, in dem die Compression der Trachea seitens der Thymusdrüse in vivo mittels der Tracheoskopie gesehen werden konnte.

Verf. meint, kein Patient dürfe an Tracheostenose in Folge Thymus zu Grunde gehen, wenn ein Chirurg mit langer Trachealcanüle, Bronchoskop oder irgend einer Tube, die bis unter die Stenose reicht, in der Nähe sei. Es scheine, als ob bei allen Fällen, in denen der Tod trotz der Tracheotomie eingetreten sei, der Mangel einer langen Trachealcanüle Schuld daran sei. Diese Canüle muss für unbestimmte Zeit getragen werden oder, was noch besser ist, man muss die Thymusdrüse ganz oder theilweise exstirpiren.

Es konnte im vorliegenden Fall constatirt werden, dass die Dyspnoe stärker bei aufrechter Stellung war und dass sie einen exspiratorischen Charakter hat. Eine absolut sichere Diagnose kann durch die Tracheoscopia inferior gestellt werden. Die Thymectomie wird so gemacht, dass, nach Einlegung der langen Trachealcanüle, der Operateur durch einen transversalen Einschnitt nach beiderseitiger Tenotomie der Sternocleidomastoidei den kleinen Finger nach unten hinter das Sternum führt, wobei er sich hüten muss, die Pleura zu verletzen.

EMIL MAYER.

80) A. Lipscher. **Skleromatöses Diaphragma der Trachea.** *Orvosi Hetilap. No. 12. 1907.*

31 jähriger Patient wurde wiederholt wegen Sklerom des Pharynx und Larynx (auf der v. Navratil'schen Abtheilung) behandelt. Am 7. Januar l. J. meldete er sich wieder wegen Athemnoth. Pharynx und Larynx normal, aber in Killianscher Stellung in der Höhe des III. Trachealringes ein ringförmiges Diaphragma, mit einer kleinen excentrischen Oeffnung. Auf Intubation erhebliche Besserung.

v. NAVRATIL.

81) Gautz. **Ein Fall von primärer Trachealfistel luetischen Ursprungs. (Przypadek samoistnej przetoki tschawicy pochodzenia przymiotowego.)** *Przeglad Lekarski. No. 5. 1907.*

Ein 27 jähriger Mann, der vor 10 Jahren sich mit Lues angesteckt hatte, beklagt sich über starke Athemnoth und hartnäckigen Husten. Die Untersuchung erwies in der oberen Sternalgegend röthliches Infiltrat, das bis oberhalb der beiden Schlüsselbeine reichte. Zwischen den beiden Schlüsselbeinen bemerkte man eine Narbe, in der eine kleine Oeffnung war, durch die eine eitrige Flüssigkeit hervorquoll und aus der beim Husten ein starker Luftstrom hervorströmte. Nach 2 Wochen specifischer Kur hörte die Athemnoth und der Husten auf, der Zustand des Kranken war im Allgemeinen gut, die Fistel schloss sich gänzlich.

A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

82) **D. van den Bergh** (Amsterdam). **Ueber die Nebenschilddrüsen. (Over de bijschildklieren.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1628. 1907.*

Literaturübersicht.

H. BURGER.

83) **Rivière. Ein Fall von grossem Kropf, mit Thyreoidin behandelt und geheilt. (Un cas de goitre volumineux traité et guéri par la thyroïdine.)** *Lyon médical. No. 9. 1907.*

Der Kropf war sehr gross und bestand seit 4 Jahren; es waren bereits Erscheinungen von Compression der Trachea und des Recurrens aufgetreten. Er verschwand fast völlig nach täglicher Darreichung von 2 Thyreoideatabletten.

BRINDEL.

84) **J. W. Simpson** (Edinburgh). **Schilddrüse und Marasmus. (The thyroid gland in relation to marasmus.)** *The Scottish Medical and Surgical Journal. December 1906.*

Verf. hat bei 80 Kindern, die aus verschiedensten Gründen zum Exitus gekommen waren, die Schilddrüse untersucht und gefunden, dass die Bläschen in den Fällen, die an Marasmus zu Grunde gegangen waren, ohne Colloid waren, auch bestand eine ausgesprochene Zunahme des fibrösen Gewebes und deutliche Zellproliferation in vielen Bläschen. Er schliesst, dass Schilddrüsenerkrankung einer der Hauptfactoren beim Marasmus ist und dass der Drüse eine wichtige Function bei der Assimilirung der Nahrung zukommt. Die Resultate der Behandlung mit Schilddrüsenextract bei Marasmus waren ausgezeichnet.

JAMES DONELAN.

85) **J. A. Carmichael. Der augenblickliche Stand des Morbus Basedow. (The present status of exophthalmic goitre.)** *Journal of the Kansas Medical Society. Januar 1907.*

C. hält von allen chirurgischen Methoden, die bei Morbus Basedow empfohlen worden sind, die Thyreodectomie für die befriedigendste. Die Unterbindung der Art. thyreoidea und die Exothyropexie erklärt er für unchirurgisch und unbefriedigend.

EMIL MAYER.

86) **C. Pfeiffer** (Frankfurt a. M.). **Ueber Kropfverpflanzung und experimentellen Morbus Basedow.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 24. 1907.*

Die an 4 Hunden und 2 Ziegen ausgeführten Kropfverpflanzungen in die Milz führten zu theilweise positivem Resultat, das sich zu einem kurzen Referat nicht eignet. Die Operationsgeschichten der Thiere nebst Sections- und mikroskopischem Befunde sind der Arbeit in extenso beigegeben.

HECHT.

87) **E. Gierke** (Freiburg i. B.). **Die Persistenz und Hypertrophie der Thymusdrüse bei Basedow'scher Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 16. 1907.*

An der Hand zweier Sectionsbefunde Basedowkranker, bei denen eine bedeutend vergrösserte Thymus gefunden wurde, bespricht Autor eingehend Anatomie, Physiologie und Pathologie der Thymus, berichtet über die Erfolge der Thymus-

fütterung bei Basedowkranken und erörtert die Hypothese, ob nicht zwischen Thyreoidea und Thymus ein gewisser Antagonismus bestehe, „etwa so, dass pathologische Schilddrüsenfunction und pathologische Thymusfunction sich bis zu einem gewissen Grade compensiren, dass Entfernung der Struma oder spontane Rückbildung" — wie es in Fall I, bezw. Fall II gewesen — „eine thymogene Autointoxication bewirken könnten" und regt zu weiteren Beobachtungen nach dieser Richtung hin an.

HECHT.

88) R. H. Meade. **Beiderseitige Sympathectomie bei Morbus Basedow. (Bilateral sympathectomy in exophthalmic goiter.)** *Journal of the Kansas City Medical Society. Januar 1907.*

In einem typischen Fall von Basedow'scher Krankheit wurden in einer Sitzung alle Cervicalganglien entfernt. Zwei Stunden nach der Operation war der Exophthalmus völlig verschwunden und das erste Mal seit einigen Jahren wurde der Bulbus vollständig von den Augenlidern bedeckt. 24 Stunden nach der Operation hatte Pat. gut geschlafen und der Puls ging nicht über 96. Der Tremor war weit weniger ausgesprochen und das Graefe'sche und Stelwag'sche Symptom war gänzlich verschwunden. Ungefähr 4 Monate nach der Operation war der Kropf nicht mehr wahrnehmbar, der Puls ging nie über 94, es bestand jedoch ein geringer Grad von Exophthalmus.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

89) J. C. Spicer. **Ein Fall von abnormer Entwickelung des Oesophagus. (A case of abnormal development of the oesophagus.)** *Lancet. 19. Januar 1907.*

Der obere Theil des Oesophagus endete in einen dilatirten Cul de sac, während der untere sich in die hintere Trachealwand öffnete, gerade oberhalb der Bifurcation. Es ist dies eine Folge mangelhafter Entwickelung der oesophagotrachealen Scheidewand im vorderen Theil der primitiven Speiseröhre. Zwei ähnliche Fälle sind kürzlich im London Hospital beobachtet worden. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

90) Tapia. **Gegenwärtiger Stand der Oesophagoskopie und der Tracheo-Bronchoskopie in Spanien. (Estado actual de la esofagoscopia y traqueo-bronquioscopia in Espane.)** *Revista de medicina y cirurgia practicas. 7. Juni 1907.*

Revue sämmtlicher bisher in Spanien über dieses Thema publicirten Arbeiten.

AUTOREFERAT.

91) Guisez. **Narbenstenose des Oesophagus; Gastrotomie; Heilung durch Dilatation nach Oesophagoskopie. (Stenose cicatricielle de l'oesophage; Gastrotomie; guérison par dilatation après oesophagoscopie.)** *Société de pédiatrie. 16. April 1907.*

Kind von $6^1/_2$ Jahren, bei dem wegen impermeabler Stenose des Oesophagus die Gastrotomie gemacht wurde; da die Deglutition zum Theil möglich war, so liess man die Magenfistel sich schliessen, man war aber genöthigt, sie wieder zu öffnen.

Bei der Oesophagoskopie constatirte man eine sehr enge Narbenstenose im unteren Drittel des Oesophagus mit excentrischer Oeffnung. Unter gradueller Dilatation gelang es, diese so weit zu erweitern, dass die Ernährung per vias naturales möglich wurde und das Kind genas. A. CARTAZ.

92) **v. Eiselsberg. Oesophagusdivertikel.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 8. März 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1907.*

Bei allen Grenzdivertikeln ist die Exstirpation als das Normalverfahren anzusehen und primäre Naht entschieden zu versuchen. Vorstellung zweier geheilter Fälle.. Mittelst Oesophagoskopie konnte einwandfrei die Lücke in der Oephaguswand constatirt werden. HANSZEL-CHIARI.

93) **Tóvölgyi. Pulsionsdivertikel des Oesophagus.** *Orvosi Hetilap. No. 10. 1907.*

Bei einem 67jährigen Manne besteht ein apfelgrosses Diverticulum linkerseits. In rechter Seitenlage, indem der Kranke die Oeffnung des Diverculums zuzusammendrückt, gelingt das Schlucken ganz gut. v. NAVRATIL.

94) **D. v. Navratil. Carcinom des Oesophaguseingangs mit Pharyngotomia lateralis operirt.** *Orvosi Hetilap. No. 16. 1907.*

Bei einem 54jährigen Kranken bestand ein zwanzigpfennigstückgrosser, exulcerirter Tumor an der linken aryepiglottischen Falte, welcher auf den Oesophagus übergriff. Schlingbeschwerden. Halsdrüsen nicht geschwollen. Die Probeexcision auf endolaryngealem Wege ergab ein Epithelcarcinom mit cancroiden Perlen. Am 6. November vollführte von N. vorerst die tiefe Tracheotomie, dann die Pharyngotomie. Nach Eröffnung des Pharynx wurde der Tumor im Gesunden exstirpirt. Offene Wundbehandlung; Verschluss der Wunde durch Granulationen. Ernährung durch die Nase mittelst Porgès'schen Gummikatheters. In der 7. Woche Décanulement und Revision des Operationsgebietes; keine Recidive. Der Kranke schluckt durch den Mund flüssige und breiförmige Speisen ganz leicht, hat in den letzten Wochen je $1/_2$ kg wöchentlich zugenommen. v. NAVRATIL.

95) **Denker** (Erlangen). **Ueber Extraction von Fremdkörpern aus der Speiseröhre und der Luftröhre vermittels der Oesophagoskopie und der Tracheoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 49.*

Verf. will durch seinen Bericht über 3 erfolgreich behandelte Fälle die directen Untersuchungsmethoden, speciell der Killian'schen Technik, unter den Laryngologen neue Freunde werben. F. KLEMPERER.

96) **Sebilleau. Entfernung eines Fremdkörpers des Oesophagus durch die Pharyngotomia retro-thyreoidea. (Extraction d'un corps étranger de l'oesophage par la pharyngotomie retro-thyroidienne.)** *Société de Chirurgie. 10. Juni 1907.*

Es handelte sich um ein Gebiss. Verf. betont, dass man durch die von ihm gewählte Methode einen sehr weiten Zugang zu dem oberen Drittel des Oesophagus habe. Er meint, die Oesophagoskopie sei leichter und weniger gefährlich auf diesem Wege als per vias naturales. GONTIER de la ROCHE.

97) **O. Chiari** (Wien). **Fremdkörper im Oesophagus.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1907.*

Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 38jähriger Mann verschluckte vor einem Monat während des Essens eine Zahnplatte mit 5 Zähnen. Seither nur flüssige Nahrung, Abmagerung. Angeblich Diagnose auf Krebs der Speiseröhre. Das Radiogramm zeigte einen dem Gebiss entsprechenden Schatten, der vor dem ersten Brustwirbel lag. Extraction des Fremdkörpers auf endoskopischem Wege. Bei Fremdkörpern gelingt die ösophagoskopische Entfernung meist leicht.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Onodi. Der Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase.** Mit 33 Abbild. Alfred Hölder. Leipzig und Wien 1907.

Wieder verdanken wir dem Fleiss und der bewährten anatomischen Geschicklichkeit Onodi's einen werthvollen Beitrag zur feineren Topographie der Nase und ihrer Umgebung, welcher in ein Capitel, das der Klärung gar dringend bedurfte, Licht bringt. Es handelt sich um das Verhältniss des Sehnerven zu den Nebenhöhlen der Nase, speciell um sein Verhältniss zur Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen. Hatte man auch bisher schon wiederholt, zum Theil durch anatomische Untersuchungen, zum Theil durch höchst betrübende Unglücksfälle bei operativen Eingriffen, festgestellt, dass der N. opticus gelegentlich mit den Nebenhöhlen der Nase in recht unangenehme nahe Beziehungen tritt, so blieb es doch Onodi vorbehalten, diese Beziehungen an der Hand einer grösseren Reihe von geschickt bearbeiteten Präparaten in ein geordnetes System zu bringen. Je nach der Lage der Keilbeinhöhlen und der Siebbeinzellen zum Sulcus und Canalis opticus unterscheidet er 38 verschiedene Formenverhältnisse, die er in 12 Gruppen sondert. Gut gelungene Wiedergaben der photographisch aufgenommenen Präparate zeigen, wie die Wände der Nebenhöhlen, oft genug nur in der Dicke eines Seidenblattes, den Sehnerv bald an dieser, bald an jener Stelle begrenzen. Die Dehiscenzen in den verschiedenen Knochen, die nur selten in dem Canalis opticus, dafür aber um so häufiger in das Innere der Schädelkapsel führen, die starken Verdünnungen der knöchernen Scheidewände zwischen den einzelnen Nebenhöhlen, der Semicanalis ethmoid., ebenso wie Muschelzellen werden in ihrer Bedeutung für die Weiterverbreitung pathologischer Processe gebührend gewürdigt.

Den wesentlichsten Abschnitt der Onodi'schen Arbeit bilden die klinischen Betrachtungen des durch Erkrankung der Nebenhöhlen hervorgerufenen Sehstörungen und Erblindungen. Traumen, Bildungsanomalien und Tumoren, die an der Nase auf den Sehnerv übergreifen, werden kurz erwähnt. Um so breiteren Raum nimmt die Besprechung derjenigen Fälle ein, in denen entzündliche Processe von der Nase und ihren Nebenhöhlen auf den Sehnerv und die Orbita übergegriffen haben. Alle bisher vorgekommenen Complicationen werden eingehend erörtert, leider sind in vielen Fällen die Krankenberichte nicht eingehend genug,

um alle Details, besonders die Wege, welche die Infection genommen hat, klar zu legen. Sicher ist aber, dass beim Uebergreifen des endonasalen Processes auf die endocraniellen Gebilde etwa vorhandene Dehiscenzen sowie der Onodi'sche Semicanalis ethmoidalis eine wichtige Rolle spielt. Auch die Fortpflanzung des Processes per continuitatem, d. h. durch Schleimhaut, Periost und Knochen darf als erwiesen angesehen werden; wahrscheinlicher Weise kriechen die Entzündungserreger gelegentlich auch an den Gefäss- und Nervenscheiden entlang, aber dieser Weg ist für unsere Eälle noch nicht ganz sichergestellt. Die von Mondal und Lapersonne aufgestellte Behauptung, dass „ziemlich bei der Hälfte der Fälle von einseitiger Sehnervenentzündung nasaler Ursprung in weiterem Sinne nachweisbar ist", will Onodi nicht gelten lassen; ich sehe aber nicht, dass er diese Behauptung wirklich widerlegt hat. Schwierigkeiten für eine befriedigende Erklärung bieten diejenigen Fälle, wo bei Entfernung einer Spina und ähnlichen Eingriffen eine indirecte Schädigung des contralateralen Sehnerven eintrat.

Die vorliegende Onodi'sche Arbeit verdient volle Anerkennung — nicht nur, dass sie, soweit das bei dem vorliegenden Material möglich ist, Licht und Klarheit in diese oft recht dunklen Fälle bringt, sie wird sicher auch dahin wirken, dass derartige Beobachtungen in Zukunft sorgsamer registrirt werden; eine weitere Förderung unserer Erkenntniss auf diesem subtilen Gebiet thut dringend noth.

A. Kuttner (Berlin).

b) Réthi. Die laryngealen Erscheinungen bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Josef Safar. Wien 1907.

Réthi hat in dem vorliegenden Werkchen nicht nur die Pathologie und die Klinik der laryngealen Erscheinungen bei der multiplen Sklerose besprochen, er hat es sich vielmehr über den engeren Rahmen seiner eigentlichen Aufgabe hinaus angelegen sein lassen, die Natur und den Entstehungsmodus aller laryngealen Phänomene, welche man bei der multiplen Sklerose von Seiten des Kehlkopfs gelegentlich beobachtet, eingehend zu erörtern. Und da bei der Vielgestaltigkeit gerade dieser Erkrankung der Kehlkopf die allerverschiedensten Bilder zeigt, so bedeutet die Réthi'sche Monographie einen Versuch, fast alle motorischen Anomalien des Larynx, die sich dem Ohr oder dem Auge darbieten, mit den bisherigen Erfahrungen der allgemeinen und speciellen Nerven-Physiologie und Pathologie in Einklang zu bringen.

Nach einem kurzen historischen Ueberblick giebt der Verf. die Krankengeschichten von 42 einschlägigen Fällen, darunter 10 eigene mit 5 Obductionen.

Bei der Besprechung der pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose registrirt der Verf. die beiden einander gegenüberstehenden Lehrmeinungen: Charcot, Leyden und Goldscheider sehen in der allmählichen Wucherung des interstitiellen Gewebes, das schliesslich die dazwischen liegenden nervösen Elemente erstickt, das Wesentliche der multiplen Sklerose, Redlich und Oppenheim dagegen nehmen eine primäre Erkrankung des Nervengewebes selbst an. Bei der Symptomatologie werden erst die acustisch wahrnehmbaren Störungen, dann die Lähmungen, der Tremor und schliesslich die Sensibilitätsstörungen besprochen.

In dem ersten Capitel werden erörtert: die scandirende Sprache, die Monotonie, das Umschlagen der Stimme ins Falsett, das verspätete Einsetzen des Tones, das Abbrechen des Tones, die heisere und die näselnde Stimme und die jauchzenden Inspirationen. All diese Störungen werden mit ähnlichen Anomalien bei anderen Nervenerkrankungen (Tabes, Paralysis agitans, Friedreich'scher Erkrankung etc.) in Parallele gesetzt und die Unterscheidungsmerkmale hervorgehoben. Die scandirende Sprache führt Verf. in der Hauptsache auf eine Störung der Athemgebung beim Sprechen zurück, wozu wohl häufig noch eine schwache Kehlkopfmusculatur komme. In ähnlicher Weise erklären sich die übrigen Stimmstörungen, zum Theil durch die Widerstände, welche die Erkrankung der Leitung des Bewegungsimpulses entgegensetzt, zum Theil durch die Schwäche oder gar den Ausfall einzelner Muskeln oder ein mangelhaftes Zusammenarbeiten gewisser Muskelpruppen. Auch die jauchzenden Inspirationen ist Verf. geneigt, durch die Schwäche der Glottisöffner in der Hauptsache zu erklären; spastische Erscheinungen oder Ataxien, die sonst hierfür verantwortlich gemacht werden, scheinen ihm nicht in Frage zu kommen.

In dem Capitel, welches über die Kehlkopflähmungen bei der multiplen Sklerose handelt, wird fast die ganze Lehre von den peripheren und centralen Recurrenserkrankungen durchgesprochen. Nur schade, dass Verf. die zahlreichen und mühsamen Arbeiten der letzten Jahre auf diesem Gebiete fast gar nicht berücksichtigt hat. So ist für ihn immer noch jede Medianstellung die Wirkung einer Adductorencontractur nach vorhergehender Posticusparalyse, obgleich das Thierexperiment gezeigt hat, dass eine Ausschaltung der Postici durchaus nicht genügt, um die Auswärtsbewegung über die Cadaverstellung hinaus unmöglich zu machen oder gar eine Antagonistencontractur herbeizuführen. Ebenso geht der Verf. an einer neueren Arbeit über das Verhalten der Kehlkopfmuskeln bei der Athmung ganz stillschweigend vorüber, obgleich grade diese Frage für sein Thema von besonderer Bedeutung ist — für ihn hört die Discussion über dieses Thema mit der bekannten Arbeit von Semon im Jahre 1890 auf! Die Differenz zwischen den Angaben Réthi's, der Lähmungserscheinungen im Kehlkopf relativ häufig, und anderen Autoren, die sie relativ selten gesehen haben, erklärt sich wohl daraus, dass Réthi auch die Paresen einzelner Muskeln mitzählt, während die anderen Autoren bei ihren Angaben nur die vollkommenen Posticus- und totalen Recurrenslähmungen im Sinne hatten.

Ganz besonders gründlich ist das Capitel über den Tremor der Stimmlippen bearbeitet. Hier werden alle Arten von zuckenden und zitternden Bewegungen der Stimmlippen, der Aryknorpel und der Epiglottis meist unter Angaben genauer Krankengeschichten besprochen und mit einander verglichen. Das Wesen des Intentionszitterns, des einfachen Tremors, der atactischen und choreatischen Bewegungen und der Coordinationsstörungen werden auf Grund der bisherigen physiologischen und pathologischen Erfahrungen genau analysirt und gegen einander abgewogen. Das Resultat dieser eingehenden Erörterung ist, dass nach Réthi die bei der multiplen Sklerose beobachteten tremorartigen Bewegungen nicht als Folge von Reizzuständen, sondern als Schwächesymptome aufzufassen sind (S. 136). Auch aus dieser Untersuchungsreihe glaubt Réthi weitere Belege für

seine Behauptung ableiten zu können, dass motorische Fasern für den M. levator palati mollis nicht aus dem Facialis, sondern aus dem Vagus stammen.

An Sensibilitätsstörungen der Halsorgane werden bei der multiplen Sklerose einige Male Parästhesien beobachtet. Hin und wieder war die Sensibilität gesteigert, einige Male auch herabgesetzt, recht häufig normal. Die Zahl der diesbezüglichen Untersuchungen ist noch zu gering, um weitergehende Schlussfolgerungen daraus ziehen zu können. A. Kuttner (Berlin).

---

c) Jahres-Versammlung der belgischen oto-rhino-larnyngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. und 9. Juni 1907 in Brüssel.

Vorsitzender: Hennebert.

Am Sonnabend, den 8. Juni eröffnete der Vorsitzende die Sitzung mit einem Begrüssungswort auf die ausländischen Gäste, eingedenk des im vergangenen Jahr dahingeschiedenen Mitgliedes und eifrigen Gastes der Gesellschaft Dr. Zaalborg aus Amsterdam; er ruft die Erinnerung der Gesellschaft an die Entwicklungsphasen wach, welche sie unter der Impulsion ihres ersten Präsidenten Ch. Delstanche's durchlaufen, mit welchen die der otolaryngologischen Dienste in den belgischen Hospitälern engverknüpft sind. Während Lüttich und Gent ihre Specialabtheilungen schon früher vollständig eingerichtet hatten, wurden endlich in diesem Jahre in den Brüsseler Spitälern für an otorhinolaryngologischen Affectionen leidende Kranke Säle reservirt und wäre damit der sehnlichste Wunsch Ch. Delstanche's in Erfüllung gegangen (dank der Bemühungen Delsaux's! der Ref.), dessen ganze Seele am Wachsen und Gedeihen unserer Specialfächer hing. Es fand sodann die Aufnahme neuer Mitglieder in die Gesellschaft statt und werden auf Vorschlag des Präsidenten hin die Herren Prof.: B. Fränkel (Berlin), A. Politzer (Wien), H. Schwartze (Halle) als Ehrenmitglieder proclamirt.

Nach Constituirung des Bureaus für das kommende Jahr, wird in die Verhandlungen eingetreten.

I. Die Demonstration anatomischer Präparate.

Broeckaert (Gent): Anastomosen des Recurrens und des grossen Sympathicus.

B. zeigt ein anatomisches Präparat vor, welches deutlich die vielfachen und wichtigen Anastomosen, welche zwischen dem Recurrens und dem Halstheil des grossen Sympathicus existiren, aufwies. Es besteht beim Menschen ein wahrer Plexus sympathico-recurrentialis, den man in einen vorderen oder oberflächlichen und in einen hinten oder tiefgelegenen Plexus unterscheiden kann. Der Autor lenkt die Aufmerksamkeit auf zwei ganglionäre Massen, welche beinahe constant in der Mitte dieses Plexus vorkommen, und welche er als Anschlusscentren betrachtet. Endlich zeigt er noch einen voluminösen Nervenast, welcher die Anastomose zwischen dem Sympathicus und den Nn. laryngei vermittelt; derselbe stammt theils von dem unteren Ende des Gangl. cervicale med., theils von der Inittial-

portion des Gangl. cervic. inf. her. Diese anatomische Disposition findet sich ebenfalls beim Hunde wieder. Kurz gefasst, dieses anatomische Präparat beweist klar und deutlich die Bedeutung der Anastomosen zwischen dem Sympathicus und den Nn. laryngei und die unbestreitbare, obgleich noch problematische Rolle, welche der grosse Sympathicus bei der Innervation des Kehlkopfes und in der Pathogenie der Paralyse dieses Organs spielt.

A. Fallas (Brüssel): Carcinom des Kehlkopfes.

Der Kranke wurde im vorigen Jahr vorgestellt zur Stellung der Diagnose, bezüglich deren die Meinungen getheilt waren; er starb im letzten März und es handelte sich, wie am Präparate zu sehen, um einen Kehlkopfkrebs. Der Autor macht aufmerksam auf: 1. die bemerkenswerthe Lebensverlängerung, welche bei dem Kranken erzielt wurde: er hat denselben während 30 Monate verfolgen können, obgleich er ihn erst im Stadium ulcerationis kennen gelernt; 2. auf die Geringfügigkeit der schmerzhaften Erscheinungen trotz der Ausdehnung der Läsion; 3. auf den unbedeutenden Einfluss der letzteren auf das Respirations- und Digestionssytem und 4. auf das späte Auftreten der Stimmbandparalysen (ein Jahr nachdem er den Kranken zum ersten Male gesehen).

Cheval (Brüssel): Carcinomatöser Larynx.

Gelegentlich der vorhergehenden Demonstration zeigt Ch. den Kehlkopf eines von ihm vor einigen Tagen an einem voluminösen Kehlkopfcarcinom operirten Kranken vor; trotz der Ausbreitung der Läsion hatte der Allgemeinzustand des Kranken sich sehr gut erhalten und waren keine sehr bedeutenden Schmerzen vorhanden, und die Stimme nur wenig alterirt.

Im gleichen Ideengang zeigt Capart jr. mikroskopische Schnitte von dem Kehlkopf eines Kranken vor, welchen er vor 3 Jahren an einem analogen Tumor operirt hatte und der seither nicht die geringste Spur eines Recidivs dargeboten hat.

Goris (Brüssel): Anatomische Präparate, dienend als Beitrag zum Studium der Exstirpation bösartiger Geschwülste der Mundhöhle:

Der Autor erinnert an die Mittheilung, welche er letztes Jahr in der belgischen Gesellschaft für Chirurgie gemacht und bezüglich derer er eine Reihe von Präparaten vorgezeigt hatte, herstammend von Operationen bösartiger Tumoren der oberen Luftwege, Präparate, welche den Initialtumor mit seinen lymphatischen Verzweigungen und allen en bloc entfernten Lymphdrüsen in sich fassten. Das der belgischen laryngologischen Gesellschaft vorgelegte Präparat besteht aus einer halbseitig exstirpirten Zunge mit dem Boden der Mundhöhle, der Submaxillardrüse umgeben von ihren Lymphdrüsen, den Carotideallymphdrüsen und einer grossen Submastoideallymphdrüse, die alle nach vorausgeschickter Tracheotomie und Resection des Unterkiefes en bloc entfernt worden waren.

A. Fallas: Halsphlegmone.

Der Autor hatte Gelegenheit im Verlaufe des letzten Jahres 4 Halsphlegmonen zu beobachten, von denen 3 die Folgen einer Amygdalitis lingualis waren, und

die alle 3 mit Tod abgingen. Die Infection hatte durch die Lymphbahnen stattgefunden. Die Lymphgefässe der Zungenmandel und des ganzen Laryngopharynx begeben sich zu den 5 oder 6 in dem Triang. pharyngomaxill. gelegenen Lymphdrüsen und bilden einen Theil der grossen Carotideallymphdrüsenkette; der nach unten offene Triang. pharyngomaxill. setzt sich in die tiefe seitliche Halsgegend fort unter der mittleren Aponeurose längs des Gefässnervenpaquets, daraus erklärt sich das rasche Ergriffensein des ganzen Halses und des Mediastinums. Alle diese Kranken haben sich vorgestellt mit einer ganz gewöhnlichen acuten Amygdalitis lingualis, begleitet von einer leichten Lymphdrüsenanschwellung und wurden mit den gewöhnlichen Mitteln: Gurgelwässern, Abführmitteln, Fussbädern und feuchtwarmen Einwickelungen behandelt, bis darauf rasch Fieber zwischen 39,5° und 40,5° mit Schmerz und beträchtlicher Anschwellung der Halsgegend auftrat, die eine schwere Athemnoth herbeiführte. Bei der jedes Mal vorne am Sternocleido-mastoideus vorgenommenen Incision, fand man in der Tiefe von mehreren Centimetern speckiges Gewebe mit diffusen, purulenten und übelriechenden Gängen. Die Autopsie liess Eitergänge bis in das Mediastinum und eine tiefe Alteration der Eingeweideorgane nachweisen: fettige Degenerescenz des Herzmuskels, der Leber und der Nieren, Milzinfection und pleuritisches Exsudat. Der Autor schliesst daraus:

1. Die Nothwendigkeit, so frühzeitig wie möglich zu interveniren, und zwar direct auf den Eiterherd loszugehen, d. h. auf das Triang. pharyngomaxillare. Hierfür stehen dem Chirurgen zwei Wege offen: der eine vordere schiebt den Sternocleidomast. bei Seite, um den Gefässen des Halses folgen zu können, der andere, hintere, geht hinter dem Muskel, hier reisst man direct mit dem Finger das darunterliegende Bindegewebe ein und bahnt sich einen Weg zum Triangulum. Der erste Weg ist schwieriger, macht aber zugleich die Subhyoidealgegend frei; der zweite ist mehr direct und bei eiligen Interventionen zu wählen.

2. Die Anwendung der Chloroformnarkose ist absolut contraindicirt; ein Kranker starb auf dem Operationstisch; bei dem zweiten musste man durch die schwer inficirten Gewebe hindurch zur Tracheotomie schreiten, und der dritte entging einem üblen Zufalle bei der Narkose nur dank prolongirter Sauerstoffinhalation und künstlicher Athmung. Der Tod wäre nicht nur der Compression des Pneumogastricus im Excitationsstadium der Narkose, sondern auch dem schlechten Zustand des Herzens und der tief alterirten Eingeweideorgane zuzuschreiben.

Discussion:

Trétrôp (Antwerpen) findet, dass die Zungenmandel sehr gut als Eingangspforte für die Infection des Halsgewebes dienen kann. Er hatte die Gelegenheit, zwei derartige Fälle von Infection gleich von Anfang an zu behandeln und dieselben durch die Einleitung einer Localbehandlung heilen zu können.

Cheval macht auf die Häufigkeit von Todesfällen durch Inhibition aufmerksam, die unaufgeklärt bleiben in der Mehrzahl derartiger Fälle; er erinnert daran, dass beim Hunde ein Tropfen Chloroform auf den Pneumogastricus applicirt, genügt, um den Tod herbeizuführen.

II. Vorzeigen von Instrumenten.

Broeckaert: Oesophaguszangen.

B. zeigt im Winkel abgebogene Zangen vor, dazu bestimmt, die Killian-schen zur Extraction von Oesophagusfremdkörpern, zu ersetzen. Dieselben verdecken weniger das Operationsfeld als die des Freiburger Professors, sind handlich und lassen sich rasch auseinandernehmen: sie sind einem Universalgriff nach Art der Krause'schen angepasst.

Heyninx (Brüssel): Knopflochdiscisor.

Combination des Lermoyez'schen Plicotoms und der Sacher'schen Scheere.

Vormittags-Sitzung vom Sonntag, den 9. Juni, im St. Petrushospital.

III. Krankenvorstellung.

Van den Wildenberg: An halbseitiger linker Pansinusitis mit Exophthalmus und Neuritis optica operirte Kranke.

Die seit 2 Jahren an linksseitiger Pansinusitis leidende Kranke bekommt plötzlich einen Exophthalmus und wird beinahe ganz blind. Der Autor erwartete die Erklärung des letzten Ereignisses in einer plötzlichen Neuritis optica in Verbindung mit den phlegmonösen Phänomenen der Orbitalhöhle zu finden, allein die ophthalmoskopische Untersuchung zeigte, dass dem nicht so war, und dass es sich um eine alte retrobulbäre Neuritis mit Circulationsstörungen und ausgesprochener Atrophie der Papille handelte. Die Diagnose einer halbseitigen linken Pansinusitis konnte auf diese Weise mit Sicherheit gestellt werden, und wurde dann auch durch die Intervention bestätigt, welche eine Caries der äusseren Wand des Sin. sphenoid. zu erkennen gab. Die Heilung wurde perfect bis auf die Blindheit, die blieb.

Van den Wildenberg: Zwei kleine Kinder nach der Killian'schen Methode an Kehlkopfpapillomen behandelt.

Der erste Fall betrifft ein 17 Monate altes Kind mit rauher Stimme und leichter Dyspnoe: Alle Untersuchungsversuche schlugen fehl. Der Autor nahm dann seine Zuflucht zur directen Untersuchungsmethode von Killian, und constatirte sodann das Vorhandensein eines im Winkel der Stimmbänder inserirten Papilloms. Ausserdem war noch ein zweiter Tumor von der gleichen Natur vorhanden, aufsitzend auf dem rechten Stimmband. Beide Tumoren wurden direct in der Chloroformnarkose entfernt.

Der zweite Fall bezieht sich auf ein 18 monatiges Kind. Auch hier musste der Autor zu der directen Methode greifen. Der Kehlkopf wurde beinahe vollständig mit Papillomen angefüllt befunden. Die Entfernung des grössten derselben veranlasste einen Erstickungsanfall und musste der Autor die Tracheotomie vornehmen. Schon am folgenden Tage entfernte er noch mehrere andere Papillome, und 3 Tage später beseitigte er die letzten Neoplasmen, die unter den Stimmbändern sassen. Daraufhin wurde die Canüle entfernt. Die Dyspnoe hat seit

dem Eingriff vollständig aufgehört und die Stimme ist im Begriff, normal zu werden.

Der Autor betont die Nützlichkeit der Killian'schen Methode und prophezeit ihr, dass sie in Zukunft selbst beim Erwachsenen die indirecten Methoden ersetzen werde.

van den Wildenberg: Kranker, dem wegen Krebs der Oberkiefer und das Siebbein entfernt worden war.

Der Titel resumirt genügend den Eingriff. Der Autor urgirt hauptsächlich die gründliche Ausrottung, die er ausführen musste, um den Tumor und die Hauptdrüsenmetastasen vollständig entfernen zu können. Die Ligatur der Carotis etc. wurde vorgenommen. Ausgezeichnetes Resultat mit Erhaltung der Sehkraft.

V. Delsaux (Brüssel): Serie von an Gesichtssinusiten operirten Kranken.

5 Kranke, wovon 4 auf der letzten Versammlung der Belg. otolaryngolog. Gesellschaft vorgestellt worden, waren nach der Moure'schen Methode operirt, d. h. durch Incision der Bedeckungen, Resection der eigentlichen Nasenbeine und der aufsteigenden Apophysen des Oberkiefers und der ganzen unteren Wand des Antr. Highmori, des Siebbeins und in gewissen Fällen der unteren Wand des Sin. front. und der vorderen unteren Scheidewand des Sin. sphenoidalis. Alle Kranken sind bisher gesund geblieben.

Einzelne darunter leiden auch an Krustenbildung und müssen noch Nasenausspülungen vornehmen, die andern bekümmern sich nicht mehr darum. — Was die äusseren Spuren der Operation und die Deformationen, welche dieselbe nach sich zieht, anbelangt, so sind dieselben wirklich ohne Bedeutung. Der Autor wollte diese Kranken noch einmal vorstellen, um zu zeigen, dass die Operation nicht nur ästhetische Resultate giebt, sondern auch eine definitive Heilung herbeiführt.

Goris: In einer Sitzung an doppelter Sinusitis fronto-ethmoidalis und linksseitiger Sinusitis maxillaris operirter Kranker.

Es ist am Platze zuerst zu bemerken, dass das in Bezug auf Plastik gewonnene gute Resultat der Totalresection der vorderen Wand, die schräg eingeschnitten wurde, damit die Haut an diesem Niveau keinen brüsken Winkel machte, zuzuschreiben ist. Der Autor practicirt nicht mehr das Killian'sche Verfahren, da es fest stehe, dass die Erhaltung des Knochenstreifens vom Orbitalrand zur Verbesserung des Gesichtsanblicks nach der Operation nicht das Mindeste beiträgt; er behält vom Killian'schen Verfahren nur die Resection der aufsteigenden Apophyse bei, deren Entfernung die vollständige Ausräumung der vorderen Ethmoidalzellen sichert. Im Falle der doppelten Operation an den Sin. frontales müssen ebenfalls die Knochen an der Nasenwurzel mit Kunst zugeschnitten werden, damit sie keinen Vorsprung machen und den Kranken entstellen.

Goris: Kranke, an welcher vor mehr als 3 Jahren die Totalexstirpation des Larynx vorgenommen wurde.

Diese Kranke verdankt ihre Rettung dem Umstande, dass der behandelnde Arzt sofort den Tumor erkannt hat und dieser unverzüglich operirt werden konnte.

Es ist dies die einzige von den 12 von Goris vorgenommenen Kehlkopfexstirpationen, welche ihm zur rechten Zeit unter die Hände kam, aber auch die einzige, welche geheilt blieb.

Goris: Kranker, welche vor 3 Jahren behufs Exstirpation eines vom Siebbein ausgehenden Sarkoms die temporäre Resection der rechten Nasenhälfte überstanden hatte.

Das Siebbein und der Tumor wurden in einer Masse entfernt.

Der Autor giebt zu bemerken, dass er zur Erleichterung der Operation eine transversale Incision der Wange in der Richtung der Ausstrahlung der Facialisfasern gemacht hat. Deshalb hat auch der Kranke die Beweglichkeit seines unteren Augenlides bewahrt. Eine endermatische Naht hat jede Spur von dieser Incision zum Verschwinden gebracht. Seit der Operation ist der Kranke vollkommen geheilt geblieben. G. giebt die kurze Beschreibung eines gegenwärtig 75 Jahre alten Patienten, an dem er vor 7 Jahren nach medianer Trennung des Unterkiefers die Exstirpation der vorderen 3 Viertel der Zunge und des Mundbodens wegen eines Epithelioms vorgenommen hatte. Dieser Kranke, welchen er gerne der Gesellschaft vorgestellt hätte, ist ebenfalls gesund geblieben.

Goris: Ein vor 21 Monaten an einem Sarkom der Fossa temporo-zygomatica operirter Kranker.

Der Tumor erstreckte sich von der Orbita bis zum For. lacer. post., wovon G. die äussere Umrandung entfernte. Die Heilung hat angehalten. Tragen eines prothetischen Apparates. — Der Autor sprach von diesen Fällen in der Absicht, noch einmal zu beweisen, dass der zur rechten Zeit und ausgiebig operirte Krebs absolut nicht zu recidiviren braucht.

Discussion:

Capart sen. (Brüssel): Bei einem vor vielen Jahren operirten Fall einer Frau, bei welcher er die vollständige Resection beider Oberkiefer vorgenommen hatte, wurde nach einer augenscheinlichen Heilung von mehr als 4 Jahren auf das Verlangen der Kranken hin ein prothetischer Apparat applicirt. Weniger denn 4 Monate später trat ein Recidiv auf, welches sehr rasch die Kranke dahinraffte. Es ist daher zu empfehlen, sich jeder nachträglichen Prothese nach einer Operation zu enthalten.

Cheval glaubt ebenfalls wie Capart, dass die Application prothetischer Apparate ein Recidiv herbeiführen kann. Jedoch unglücklicher Weise ist das nicht die einzige Ursache von Recidiven!

Goris ist genügend von der ätiologischen Rolle des Traumas beim Krebs überzeugt. Er glaubt aber, dass in dem von Capart citirten Fall das Sarkom wiederkam, weil Sarkom. Die ätiologische Rolle der Prothese ist kein schlagender Beweis.

A. Fallas: Einige Fälle von Stimmbandlähmung.

Wenn auch die Recurrenslähmungen eine gewöhnliche Läsion bilden, so sind nichtsdestoweniger die veranlassenden Ursachen mannigfach und häufig schwer zu diagnosticiren. Von diesen muss die tracheobronchitische Drüsenerkrankung als eine der häufigsten Ursachen angesehen werden, angesichts der Häufigkeit bacillärer Affectionen im Allgemeinen und der der Lungen im Besonderen. Die linke prätracheobronchiale Lymphdrüsengruppe, gelegen zwischen der Trachea und dem ersten grossen Bronchus einerseits und dem Aortenbogen, um welchen sich der Recurrens herumschlägt, andererseits, ist es, an welcher die Ursache der Paralyse liegt. Man hat es da aber mit einer sehr schwierigen klinischen Diagnose zu thun, die nichts weniger als die Erfahrung und Aufmerksamkeit eines vollendeten Practikers erheischt. Glücklicherweise sind wir seit einigen Jahren im Besitz der Röntgenstrahlen, einem mächtigen diagnostischen Hülfsmittel, zu welchem man in bei einer Recurrensparalyse nie zu greifen verfehlen dürfte. Damit soll keineswegs gesagt sein, dass die klinische Untersuchung ihren Rechten entsagen müsse, denn nur ein systematisches Gesammtbild kann eine werthvolle Indication liefern.

1. 33jähr. Schneider hüstelt seit 3 Jahren, seit 2 Jahren Rauhigkeit der Stimme; am 9. Febr. d. J. hochgradiger Dyspnoeanfall mit Paralyse des linken Stimmbandes, der die Tracheotomie nothwendig macht. Die Radioskopie bestätigt die klinische Diagnose von Bacillose beider Lungenspitzen und verräth einen ansehnlichen Haufen von Lymphdrüsen im Mediastinum.

2. 40jähr. Schreiner sah nach einem Schnupfen seine Stimme sich rasch ändern; dieselbe ist deutlich zweitönig. Das linke Stimmband steht gelähmt in Intermediärstellung. Man kann bei der Brustuntersuchung nur ein wenig respiratorische Rauhigkeit auf der rechten Lungenspitze constatiren, keine andern Zeichen von Aortenaneurysma finden, als einen ziemlich starken Schmerz in der linken Schulter. Die specifische Behandlung ergiebt nichts. Die radioskopische Untersuchung, welche erst nach 10 Monaten ausführbar war, zur Zeit, als die Spitzentuberculose schon evident war,' zeigt das Vorhandensein von Mediastinallymphdrüsen.

3. 47jähr. Schneiderin zeigte sich zum ersten Male im Juli 1904. In diesem Augenblick war sie Trägerin einer vollständigen linken Stimmbandlähmung und einer ganzen Reihe von harten, rothen, beim Betasten schmerzhaften Lymphdrüsen. Sie hatte an der Zunge eine kleine oberflächliche Erosion ohne bestimmten Charakter; seit 2 Jahren wird sie an einer Bacillose der Lungenspitzen behandelt. Allgemeinbefinden recht schlecht. Die versuchsweise eingeleitete Quecksilberbehandlung (Syrup von Gibert) führte, was den Allgemeinzustand betrifft, eine merkliche Besserung herbei, jedoch nicht in Bezug auf die Paralyse. Im November 1906 erschien die Kranke von Neuem, diesmal Trägerin einer syphilitischen Zungensklerose mit zwei entwickelten Gammata; der eine geschlossen, der andere schon ulcerös. Die Stimmbandlähmung blieb unverändert; die radioskopische Untersuchung erwies Dunkelheit der beiden Lungenspitzen und des Mediastinums.

Calomelinjectionen brachten das geschlossene Gumma zum Verschwinden, das Geschwür zum Heilen, und führte eine merkbare Verbesserung der Mobilität des Stimmbandes herbei. — Wahrscheinlich handelt es sich hier um eine Mischaffection; die syphilitische Diathese wird durch eine energische Behandlung allein beeinflusst; daher der partielle Wiedereintritt der Mobilität.

Broeckaert: An Endotheliom des Sinus maxill. operirter Kranker.

Es handelt sich um einen Kranken, der den Autor im December 1905 wegen einer kleinen fungösen Masse, welche sich im rechten unteren Nasengang ausbreitete, consultirte.

Es waren kaum andere Symptome als die eines Nasenkatarrhs vorhanden, ohne den geringsten Fötor. Im Glauben, es mit einem einfachen Papillom oder vielleicht lupösen Granulom zu thun zu haben, entfernte es B. mit der Curette. Sehr kurze Zeit darauf hatten sich die Wucherungen wieder gebildet; die mikroskopische Untersuchung erwies, dass es sich um ein Granulom ohne jedes Zeichen von Bösartigkeit handelte. Der Tumor wurde von Neuem beseitigt, reproducirte sich aber sehr rasch. Da beschloss der Autor, eine Radicaloperation vorzunehmen, hauptsächlich, weil die Diaphanoskopie einen dunklen Flecken rechts erkennen liess. Er entfernte mit dem Meissel die vordere Sinuswand und konnte sich so überzeugen, dass der Sinus zum Theil mit Fungositäten angefüllt war. Diese wurden mit der Curette entfernt und eine breite Communication mit der Nase hergestellt. Die entfernten Fragmente zeigten diesmal, dass es sich nicht mehr um ein Granulom, wohl aber um ein Endothelion handelte. Trotz aller Mühe von Seiten des Autors trat Recidiv ein; der Tumor hatte schon das Siebbeinlabyrinth, den Sin. sphenoid. und das Cavum infiltrirt; seine Entwicklung ging rasch weiter und der Tod ist nur die Frage einiger Wochen. B. meint, dass die Fälle dieser Art nicht so selten sind, als man glaubt, und dass Krebse und Sarkome in Wirklichkeit oft nichts anderes sind als Endotheliome.

Broeckaert: Eine an einer hartnäckiger Neuralgie des Trigeminus durch Ausreissen der grossen Nervenstämme an der Schädelbasis operirte Kranke.

53jährige Kranke, welche fürchterliche neuralgische Anfälle am Trigeminus hatte, die sich in immer kürzeren Intervallen wiederholten. Da alle medicinischen Mittel fehlgeschlagen, nahm der Autor, da augenblicklich die Neuralgie nur den 2. Ast des Trigeminus betraf, das Ausreissen dieses Nervenstammes an der Schädelbasis durch das grosse runde Loch vor. Die Folgen der Operation waren ausgezeichnet und über ein Jahr war die Heilung vollkommen. Allmählich stellten sich wieder neue Schmerzen in den von dem 3. Ast innervirten Gegenden ein. B. nahm dann das Ausreissen dieses letzteren im Niveau des For. orale vor und seither ist die Heilung eine vollständige.

Mit der Vorstellung dieser Kranken wollte der Autor die Resultate zeigen, die man mit dem Ausreissen der grossen Nervenstämme erzielen kann, während die Mehrzahl der Chirurgen die Exstirpation des Ganglion Gasseri als die allein rationelle Methode für die Behandlung von Neuralgien ansehen.

Collet (Brüssel): Eitercyste der Bursa mucosa praelaryngealis.

Ein 30jähriger Mann sah vorne am Halse einen Tumor entstehen, welcher für eine Adenitis gehalten und als solche bis zu dem Augenblick, als Fluctuation auftrat, behandelt wurde. Eine Incision entleerte den Sack, aber die Flüssigkeit bildete sich trotz neuer Punctionen immer wieder. Er stellte sich im St. Johannhospital gerade in dem Augenblick vor, wo sich ein neuer entzündlicher Nachschub eingestellt hatte. Incision und Drainage übrigens ohne Resultat. Der Kranke wurde ins Spital aufgenommen und dann der prälaryngeale Schleimbeutel vollständig resecirt, denn es war in Wirklichkeit ein eiterndes Hygrom. — Der Autor betont die Delicatesse der Operation und die Nothwendigkeit, den hinter dem Os hyoid. befindlichen Recessus des Schleimbeutels mit zu entfernen.

Collet: Carcinom des Sinus maxillaris.

Der Kranke wurde in die Consultation von Prof. Gallemaerts geführt wegen einer eitrigen Affection des Sin. frontal. Die Durchleuchtung und die Untersuchung der Nase liessen eine Betheiligung des Siebbeins und des Oberkiefers erkennen. Bei einer ersten Operation wurde die Radicalcur der Polysinusitis vorgenommen und im Laufe der Intervention gab Prof. Gallemaerts zu bedenken, dass der Sin. maxill. eine graue, käsige Masse von bösem Aussehen enthalte. Zuerst ging alles gut, aber nach ungefähr 2 Wochen war die Nase wieder verstopft. Bei einer zweiten Intervention curettirte Delsaux das Antrum Highmori gründlich, nahm die beinahe vollständige Resection der vorderen Wand vor, trug einen Theil der vorderen Wand ab, kratzte mit der Feile den Boden des Antrums aus und schloss die Operationswunde. Zweiwöchiger Verbandwechsel mit 10 proc. Collargol und zweimal täglich mit künstlichem Serum vorgenommene Ausspülungen scheinen bis jetzt die Heilung erhalten zu haben.

Capart jr.: Ein seit 3 Jahren geheilter Fall von Laryngectomie.

Der Kranke war seiner Zeit Gegenstand einer Mittheilung in der oto-laryngologischen Gesellschaft. Der Autor wollte ihn nur noch einmal vorstellen, damit man die Heilung constatiren könne.

Buys: Laryngectomie wegen Epitheliom vor 15 Monaten; kein Recidiv.

50jähriger Mann litt an einem Epitheliom der einen Hälfte des Kehlkopfs ohne Mitleidenschaft der Drüsen. B. nahm nach der Tracheotomie die Entfernung des Larynx vor; die Operationswunde wurde unmittelbar darauf genäht. B. stellt den Kranken vor, der nicht die geringste Spur eines Recidivs 15 Monate nach der Operation aufweist; sein Allgemeinzustand ist ein ausgezeichneter..

Huet (Brüssel) beschäftigt sich mit der Kehlkopfprothese. Er giebt diesbezüglich einige historische Details und erinnert daran, dass der künstliche Kehlkopf von Gussenbauer erdacht und von Bruns und Wolff modificirt wurde; er führt den ingeniösen von Gluck empfohlenen Apparat an, den von A. Martin und endlich den von Delair, welcher, ohne die Vollkommenheit eines natürlichen Kehlkopfs zu erreichen, das Beste, was man bisher ausgeführt, in sich birgt. Dieser künstliche Kehlkopf ist aus 3 Theilen zusammengesetzt: einer Hülse

mit Trachealventil, einem hohlen Gaumenstück und einer künstlichen Glottis, welche die Töne vermittelst eines auf einen halbmondförmigen Stützer aufgespannten Kauschukpfeifchens hervorbringt. Huet zeigt den Apparat, welchen er für den vorliegenden Fall angefertigt hat, indem er ihn in gewissen Details modificirte, hauptsächlich, indem er das Kautschukpfeifchen durch eine metallene Zunge ersetzte. Diese Modification hat den besonderen Zweck, die Phonation leichter zu gestalten, weil die Metallzunge, um in Vibration zu gerathen, einen geringeren Luftdruck erfordert, als das Delair'sche Pfeifchen. Darauf setzt er den Apparat dem Kranken ein und giebt zu bemerken, wie lange Zeit und wie viel Geduld die phonetische Erziehung des Kranken erfordert, der sich oft sträubt, wenn er die Mangelhaftigkeit des künstlichen Kehlkopfs und die Schwierigkeit erkennt, die mit seiner richtigen Anwendung verbunden ist. Daraufhin spricht der Patient einige Sätze aus, um so die Möglichkeit zu zeigen, sich seiner Umgebung verständlich zu machen. So unvollständig das Resultat auch sein mag, so ist es doch immerhin aufmunternd.

Buys: Käsige Maxillarsinusitis; Heilung durch Elimination eines Sequesters der äusseren Wand des unteren Nasengangs.

30jährige Frau, seit mehreren Jahren an Sinusitis maxillaris leidend; Punction und Ausspülung durch den unteren Nasengang; 4 Tage darauf spontane Elimination eines Sequesters der punctirten Wand. Heilung mit Fortbestehen einer weiten Communicationsöffnung zwischen Nase und Sinus.

Buys: Facialisparalyse infolge einer Läsion des Nerven in der unteren Partie des Fallop'schen Canals. Heilung.

Janquet (Brüssel): Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen.

Der Autor stellt zwei in der Abtheilung Delsaux's an Nasenrachenpolypen operirte Kranke vor. Die dabei ausgeübten Methoden waren totalverschieden. Der erste wurde auf transfacialem Wege operirt, der zweite auf natürlichem Wege. Bei dieser Gelegenheit führt J. in kurzen Worten die verschiedenen Verfahren und die Umstände an, welche die Anwendung der einen oder anderen Methode rechtfertigen. Er erinnert zu gleicher Zeit an das Alter der transfacialen Verfahren, welche in den Augen vieler Rhinochirurgen den Anschein haben, erst neuerdings erdacht worden zu sein.

Nachmittags-Sitzung im Institut Solvay (Parc Leopold).

IV. Berichte.

1. Die Otolaryngologie und das Programm der Universitätsexamina. Berichterstatter: Dr. Cheval.

Die Frage hatte vor 2 Jahren H. Breyre angeregt, ohne jedoch die Mittel und Wege anzugeben, wie die von ihm ausgesprochenen Wünsche zu realisiren wären. Nun schweigt aber das Gesetz vom 10. April 1890 über die Verleihung von Universitätsgraden in seinem Artikel 24 bezüglich der Oto-Rhino-Laryngologie. Dieses Gesetz sollte daher revidirt werden. Die Anschauungen, die man bis jetzt in diesem Sinne gewonnen hat, blieben ohne Erfolg. Es giebt freilich auf den

zwei Landesuniversitäten facultative Kliniken für Oto-Rhino-Laryngologie; ferner können noch die Candidaten der Medicin die Prüfung in allen Materien, die in dem Rahmen des Unterrichts der medicinischen Facultät einbegriffen sind, verlangen. Es können demnach in Gent und Lüttich die Aufnahmscandidaten ihre Specialkenntnisse in der Oto-Rhino-Laryngologie oder in irgend einer anderen Branche der Heilkunst officiell sich bestätigen lassen. In Brüssel und Löwen existiren ebenfalls oto-rhino-laryngologische Kliniken, die facultativ sind. Genügt das? Nein gewiss nicht. Inzwischen, bis das Gesetz revidirt ist, könnten die Universitäten entscheiden, ob die Studenten in dem Fache irgend einer complementären Klinik geprüft werden sollen. Man könnte am Vorabend vor dem Examen durch das Loos die Specialität bestimmen, in welcher der Candidat geprüft werden soll.

Der Berichterstatter berücksichtigt im Vorübergehen die hauptsächlichsten Einwürfe, welche von den Anhängern des Unterrichts in den Specialitäten gemacht wurden: 1. Ueberbürdung des Programms; 2. häufiger Wechsel der Titulare der Complementärkliniken, insofern letztere, so lange sie nicht officiell von der Universität ernannt sind, die meiste Zeit von der Verwaltung der Spitäler abhängen. Keiner dieser Einwürfe ist übrigens stichhaltig. Indem sich der Berichterstatter daher an den von der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft an den Minister des Innern und des Unterrichtswesens ausgesprochenen Wunsch hält, ergänzt er denselben noch durch die Proposition, „zuzusehen, dass durch die Initiative der academischen Autoritäten und medicinischen Facultäten die nöthigen Maassregeln beantragt würden, um die Lücken des Universitätsprogramms des Gesetzes vom 10. April 1890 auszufüllen und demgemäss die Revision dieses Gesetzes zu verlangen“.

2. Der Hysterotraumatismus des Ohres. Berichterstatter: De Stella (Gent).

V. Diverse Mittheilungen.

Delie (Ypres): Ein Fall von Lymphosarkom der mittleren Muschel bei einem 58jährigen Manne. Operation. Heilung.

Der Kranke klagte über Nasenobstruction mit verstärkter Secretion und über neuralgieartige Schmerzen am linken inneren Augenwinkel mit Ausstrahlung nach der Stirn. Es bestand zu gleicher Zeit eine Vebreiterung der Nasenwurzel. Die Untersuchung liess eine Ulceration am Septum erkennen und eine aussergewöhnliche Entwickelung der mittleren Muschel. Rechts ist die dem Geschwür entsprechende Schleimhaut des Septum geschwollen und degenerirt. Turbinectomie unter Cocainadrenalin. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein wahres teleangiectatisches Lymphosarkom. Da die maligne Infiltration nicht übergegriffen hatte, nahm der Patient die Radicaloperation an. Diese bestand in der Ausführung des Moure'schen Verfahrens: Ablösung der linken äusseren Nase; Auskratzung und Galvanokauterisation der Ulceration der Nasenscheidewand, totale Ethmoidectomie mit Ausnahme der äusseren oder Orbitallamelle des Siebbeins. Heilung nach 14 Tagen, die jetzt schon 6 Monate angehalten.

Delie: Carcinom der unteren Muschel bei einem Mädchen von 15 Jahren. Radicaloperation. Heilung.

Die sehr anämische Kranke klagte über eine vollständige Verlagerung der rechten Nase, begleitet von schweren und wiederholten Hämorrhagien. Die ganze rechte hintere Nasenseite war von einer Granulationsgeschwulst mit runder graulicher Oberfläche, von blutigen Schleimmassen überzogen, besetzt. Das Neoplasma nahm ebenfalls die ganze rechte nasale Pharynxhälfte ein, die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Die Operation bestand in Incision der Schleimhaut der Labiogingivalfurche von der rechten Fossa canina an bis zur linken; Loslösung und möglichst hohe Emporhebung der Weichtheile der Wange und des Nasenflügels, so dass die Vorderfläche des Oberkiefers, sein aufsteigender Ast und ein Theil des Os propr. nasi entblösst da lag; mit dem Meissel Eröffnung des rechten Sinus maxill. in der Verticallinie etwas nach aussen von der Crista des aufsteigenden Astes vom Boden des Sinus an bis über die untere Muschel. Horizontale Trennung der ganzen inneren Maxillarsinuswand knapp am Boden des Sinus und der Nase bis zum Nasopharynx. Zweiter analoger Schnitt von hinten nach vorne durch alle oberhalb der unteren Muschel gelegenen Knochenpartien; Extraction des losgelösten Knochensegments, Tamponade mit Aqu. oxygen. Zurückschlagen aller Weichtheile des Gesichts und perfecte Anpassung der in erster Linie durchtrennten Partien; vollkommene Naht; totale Heilung innerhalb 20 Tagen, ohne Rückfall seit zwei Jahren.

Discussion:

Broeckaert zeigt sich bezüglich dieses Falles skeptisch und fragt, ob nicht ein Irrthum in der Deutung der mikroskopischen Schnitte vorgelegen.

Cheval beglückwünscht Delie für seine interessante Mittheilung. D. antwortet Broeckart, dass bezüglich der Natur der Geschwulst kein Zweifel herrscht in Anbetracht dessen, dass die mikroskopische Analyse von einem ganz competenten Histologen dem Prof. Van Duyse aus Gent vorgenommen war.

Goris: Resection beider Oberkiefer wegen Sarkom.

An dem 27 jährigen Kranken wurde in einer Sitzung die Resection beider Oberkiefer wegen Sarkoms vorgenommen. Um das Einsinken der Nase zu verhüten, hat der Autor die Nasenbeine erhalten und einen Streifen der Nasenscheidewand als stützendes Gewölbe unter den Knochen gebracht. Die Incision in der Mittellinie des Gesichts ist dank der endermischen Naht kaum sichtbar. Der immense Substanzverlust wurde besonders ausgefüllt durch eine Plastik vermittelst der Schleimhaut der äusseren Nasenwand, die um sich selbst gedreht und an das Gaumensegel angenäht wurde. Ein künstlicher Apparat, der seine Stützpunkte in den Ausbuchtungen der Operationslücke nimmt, gestattet dem Kranken perfect zu sprechen und zu schlucken, jede Spur der Operation ist zum Verschwinden gebracht. G. legt das pathologische Präparat zur Unterstützung seiner Mittheilung vor.

Goris: Beitrag zur Gaumenplastik nach der Resection des Oberkiefers.

Indem der Autor seine voraufgehende Mittheilung über die Resection der beiden

Oberkiefer vervollständigt, giebt er das Mittel an, welches ihm gestattete, beinahe vollständig eine Seite der Operationslücke vermittelst der Schleimhaut der äusseren Nasenseite zu verschliessen. Er setzt das ziemlich wenig bekannte Verfahren von Bardenheuer auseinander, das darin besteht, dass man sich nach der Naht der Augenlider, einen Stirnlappen, so hoch als möglich, aus der Stirne und mit dem Knorpel des obern Augenlids lostrennt und ihn alsdann in der Mundhöhle unter dem Auge anbringt: die Suturen verbinden dann die seitlichen Ränder des Lappens mit den entsprechenden angefrischten Rändern der Schleimhaut des Gaumens, der Wange und des Gaumensegels. Nach 3 Wochen wird der Stirnlappen wieder an seine ursprüngliche Stelle gebracht und eine Hauttransplantation ersetzt auf der Stirne das im Mund verwandte Gewebe.

Sodann spricht G. von einem andern Verfahren, der Hemicranoplastik, das nicht ohne Werth ist, und das zu verwenden er Gelegenheit hatte. Es besteht darin, dass man auf der operirten Seite auf der Wange einen grossen nach unten zu freien Lappen bildet; nachdem derselbe von unten nach oben hinlänglich mobilisirt worden, näht man den freien Rand desselben an das zuvor gut mobilisirte Stück der Gaumenschleimhaut, wie bei der gewöhnlichen Uranoplastik, und endlich vernäht man den hinteren Rand des Wangenlappens mit dem vorderen Rand des Gaumensegels.

Goris: Sinusiten und Sarkom.

Mittheilung dreier Fälle von chronischer Maxillarsinusitis, auf welchen sarkomatöse Tumoren sich entwickelten. Das ist interessant gerade jetzt, wo man bezüglich der Aetiologie bösartiger Tumoren Material sammelt. Es geht daraus ausserdem noch hervor, dass man immer in Fällen chronischer Sinusiten die Operation vorschlagen muss.

Discussion: Delsaux erinnert zur Unterstützung der Meinung von Goris an den Fall von Krebs des Sin. maxill., welcher in der Vormittagssitzung von Collet vorgestellt wurde. Das Leiden hatte im Sin. frontal. begonnen. Hernach wurden Siebbein und Oberkiefer befallen. Im Verlaufe der Operation wollte der College Dr. Gallemaerts, in der Ueberzeugung, dass es sich um eine einfache Sinusitis frontal. handle, den Operationsact auf diese Höhle beschränkt wissen. Delsaux explorirte jedoch noch das Siebbein, welches krank befunden wurde; die Highmorshöhle war es ebenfalls, und man entdeckte darin ausserdem noch graue, schlecht aussehende Massen. Ganz kurze Zeit nach der Intervention recidivirte dieser Tumor des Sin. maxill. und stellte sich als grosszelliger Krebs heraus.

Beco (Lüttich): Bemerkung über einige Fälle von Nasenpolypen beim Kind.

Auf 30000 Kranke ungefähr hat der Autor nur 4 Fälle von Nasenpolypen beim Kinde beobachtet; den ersten bei einem Kind von 13½ Jahren im mittleren Nasengang, die 3 anderen in der Choane, im Verein mit adenoiden Wucherungen. Der erste davon wurde in der linken Choane bei 9½ Jahren entdeckt und im 13. Jahre entfernt; der zweite bei einem 12jährigen Jungen, wurde mit dem Haken losgetrennt und aus dem Hals herausbefördert, 14 Tage vor der Vornahme der Amygdalotomie und Adenotomie. Der letzte, entdeckt bei einem 12jähr. Mädchen

mit stark ausgesprochenem cyanotischen Gesicht, das sehr ungelehrig war, wurde vom Cavum aus in der Chloroformnarkose entfernt, und unmittelbar darauf zur Pharynxcurettage geschritten. Der Polyp bestand aus zwei deutlich abgetrennten Massen: einer kastaniengrossen, sehr harten alten im Pharynx und einer weichen, halbtransparenten, abgeplatteten, von relativ neuerem Datum in der Nase. Es ist bemerkenswerth, dass in diesem Fall wie beim ersten, die stenotischen Erscheinungen eher dem Polypen zukommen als den gewöhnlichen Ursachen nasaler Obstruction. Dieser letzte Patient ist vor kaum 6 Monaten operirt worden, während die andern vor $2^1/_2$, 7 und 10 Jahren operirt wurden. In keinem Fall trat Recidiv auf.

Discussion: Buys (Brüssel) hat einen Fall von Polypen des Nasopharynx bei einem 10jährigen Kind beobachtet; es war ein Fibromyom, welches das ganze Cavum ausfüllte und das Gaumensegel nach unten überragte. Die linke Nasenseite war gleichfalls mit Schleimpolypen ausgefüllt.

Schiffer (Lüttich): Die Serotherapie bei Nasenbluten.

Angesichts der zahlreichen Varietäten von Nasenbluten ist es unbestreitbar, dass die Behandlung je nach dem Fall differiren muss. Wenn die Hämorrhagie nur halbwegs ernst ist, so wird die Cauterisation an der klassischen Stelle nicht immer reüssiren. Man wird dann manchmal nicht nur andere Stellen cauterisiren müssen, aus welchen man das Blut hervorquellen sieht, sondern eine dichte hintere und vordere Tamponade vornehmen müssen. Nach dem Autor muss das Bellocqusche Verfahren nicht nur in den Händen des allgemeinen Practikers sich befinden, sondern auch in denen des Rhinologen, welcher sich nur zu häufig einzig und allein an die Localbehandlung mit Cauterisation hält. Sch. wollte mit dieser Bemerkung nur die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit der Behandlung der hämophilen Epistaxis mit hypodermischen Injectionen von frischem Kaninchenserum lenken. Er berichtet über zwei Beobachtungen als Beitrag zur Kenntniss dieser Therapie.

Discussion: De Stella fragt den Autor, ob man nicht das antidiphtherische Serum an Stelle des Kaninchenserums verwenden könne, da jenes leichter zu beschaffen sei. Er wünsche zu wissen, ob Schiffers nie ähnliche Zufälle wie sie bei dem antidiphtherischen Serum vorkommen, beobachtet hat.

Buys ist der Meinung, dass man das antidiphtheritische Serum mit Vorsicht anwenden müsse. In einem Fall von Ozaena veranlasste es Nasenbluten.

Jonquet (Brüssel) giebt ein Volksmittel an, welches in gewissen Gegenden der Ardennen im Gebrauch ist, nämlich Hasenblut. J. fragt, ob das Blut nicht durch die Wirkung einer einfachen chemischen Substanz seine hämostatischen Eigenschaften entwickle.

Trétrôp (Antwerpen) erinnert an die hämostatischen Eigenschaften des Chlorcalciums, welche die Gerinnbarkeit des Blutes begünstigen. Er hat dasselbe mit Erfolg angewandt.

Schiffers: Malformation des Larynx: „palmirter" Kehlkopf.

Der Autor berichtet über die Beobachtung eines Falles von „Palmirung" der unteren Stimmbänder bei einem 24jähr. Mädchen. Es bestand eine Membran im

vorderen Winkel der Glottis, von der sie ungefähr ein Viertel einnahm. Ihr hinterer Rand war concav, und ebendaselbst war sie dünner als vorne; ihre Oberfläche war gleichförmig, von fibrösem Aussehen, ohne Färbung und ohne entzündliche Erscheinungen. Die Kranke hatte sich nie über Dyspnoe beklagt und gab nur Ermüdung der Stimme und eine durch eine feine, eine Art Fistelstimme charakterisirte Dysphonie an. Der Allgemeinzustand war gut. Es handelt sich um eine embryogene Störung, über welche der Autor einige Details giebt. — Die von der Kranken gewünschte Behandlung bestand in der Zerstörung der Membran mittels Galvanokaustik, die eine mässige Reaction hervorrief. Die Stimme wird vielleicht normal werden, obgleich man sich in dieser Hinsicht reservirt aussprechen muss, angesichts der Schwierigkeit, die Masse des straffen Bindegewebs, welches in dem vorderen Winkel gleichsam eingeschoben ist und sich bis in die Reg. subglott. erstreckt, vollständig zum Verschwinden zu bringen. — Wenn diese Affection auch selten vorkommen mag, so hat es doch der Zufall gewollt, dass Sch. 3 Fälle davon beobachtet hat, diesen mit einbegriffen: einen bei einem Mädchen von 13 Jahren und den dritten bei einem Jungen gleichen Alters.

Discussion:

Beco hat einen analogen Fall bei einem jungen Mädchen von 19 Jahren beobachten können; es war nicht die geringste Stimmstörung vorhanden. Deshalb hat er es auch nicht für nicht richtig befunden, zu interveniren aus Besorgniss, die Ruptur der Synechie möchte nachträglich eine Narbenzusammenziehung veranlassen.

Cheval hat ähnliche Läsionen in Folge von Traumen beobachtet. Die Syphilis könne ebenfalls derartige Synechien veranlassen, aber offenbar wären diese Fälle von den von Schiffers und Beco angeführten, die wahrscheinlich congenitalen Ursprungs sind, zu trennen.

V. Delsaux: Die Documentation in der Oto-rhino-laryngologie. Vorlage des Katalogs der Bibliothek der Gesellschaft.

Angesichts der Schwierigkeit, welche besteht, sich im Allgemeinen und in der Otolaryngologie im Speciellen zu documentiren, preist D. die Idee an, dass jedes der Mitglieder seine Bücher, Werke, Journalauszüge, die seine Privatbibliothek enthält, systematisch nach einem übereingekommenen und nach vorausgehender Discussion angenommenen Plan katalogisiren solle.

Die Zeichen (Fiches) könnten circuliren unter den Otolaryngologen und einem Jedem gestatten, seine Sammlungen zu vervollständigen, indem sie jedem Collegen dazu verhelfen, die Lücken in seiner Documentation auszufüllen. Zum gleichen Zweck hat der Autor auf bibliographischen Zeichen den Katalog der Bibliothek der Belgischen otorhinolaryngolog. Gesellschaft angefertigt. Derselbe besteht aus einigen Tausend in systematischer und zugleich alphabetischer (nach den Namen der Autoren) Ordnung eingereihter Documente, welche gestattet, sehr rasch zu finden, was z. B. über ein gegebenes Thema geschrieben wurde, sei es nun von belgischen und fremden Autoren insgesammt, sei es etwas, das irgend ein beliebiger Autor in den verschiedenen otorhinolaryngologischen Unterabtheilungen geliefert hat.

Ausserdem giebt der Katalog noch Aufschluss über Journale, Revuen, klinische und poliklinische Berichte, über Spitaldienste, Bulletins wissenschaftlicher Gesellschaften etc., welche das „Documentmuseum" der Gesellschaft ausmachen. Die verschiedenen Broschüren sind in eigens dafür angefertigten Cartons rubricirt in einer mit der des Katalogs identischen Ordnung, so dass ohne Zeitverlust die Hand auf jedes Werk fällt, das man zu consultiren wünscht. Die Bibliothek befindet sich bekanntlich im Versammlungslocal der gelehrten Gesellschaften in Brüssel.

Trétrôp: Durchbohrende Läsionen des Pharynx mit rapidem Verlauf.

49jähr. Mann, welcher im Gefolge eines Neoplasmas, das sich im Halse entwickelt, zweimal ein voluminöses Fragment nekrosirten Gewebes, makroskopisch von dachziegelartigem Aussehen, und später ein Knochenfragment, welches nichts anderes als das grosse Horn des Zungenbeins sein konnte, ausgestossen hatte. Es fand keine Hämorrhagie statt, es stellten sich aber heftige Schmerzen im Ohr und der Gesichtshaut ein. Der Kranke wäre beinahe jedes Mal erstickt. Er hatte vor 23 Jahren Syphilis acquirirt und war zu verschiedenen Malen behandelt werden. — Die von Anfang an gestellte Diagnose war: Krebs oder Syphilis; vielleicht waren beide Diathesen aufeinander gepflanzt und hatten so den rapiden Verlauf der Affection bedingt. Ein am Lebenden dem Tumor entnommenes Fragment konnte kein Licht auf die Diagnose werfen. Die mercurielle Behandlung blieb erfolglos; das Arsenik schien eine Besserung herbeizuführen. Der Patient starb plötzlich an Intestinalcomplicationen; der Hals hatte sich gebessert. T. fragt, ob den Collegen ähnliche Fälle vorgekommen?

Discussion: Cheval hat, wie andere auch, die Ueberzeugung, dass es sich um eine syphilitische Affection handelt.

Am Montag, den 10. Juni, machte die Belgische otolaryngologische Gesellschaft einen gelungenen Ausflug nach den Ruinen der Abtei von Villers, wo sie ein heiteres, vom Herrn Präsidenten spendirtes Festmahl erwartete.

Die Einzelheiten der gelungenen Partie sind von V. Delsaux in seiner Presse Otolaryngologique besungen, zum Zweck, möglichst viele fremde Gäste zur Theilnahme an der alljährlichen Versammlung obiger Gesellschaft anzuziehen.

Bayer.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Stabsarzt Dr. F. H. Quix ist zum Lector der Oto-Rhino-Laryngologie in Utrecht ernannt worden; somit sind jetzt diese Fächer an allen niederländischen Universitäten officiell vertreten.

Deutsche laryngologische Gesellschaft.

Frankfurt a. M., 27. August 1907.

Einladung zur Tagung
am 15. bis 17. September 1907 in Dresden, in der technischen Hochschule, Bismarckplatz 18, Zimmer 8.

I. Geschäftssitzung
15. September, 10 Uhr Morgens.

1. Bericht des Vorstandes über seine Thätigkeit.
2. Kassenbericht und Entlastung des Schatzmeisters.
3. Antrag Kabitzsch über die Erhöhung der Druckkosten.
4. Bericht über den Fränkelpreis und Bestimmungen über dessen Verwaltung.
5. Antrag Barth über die Revision der Satzungen.
6. Antrag Schmidt über die Vereinfachung der Leitung der Gesellschaft zwischen den Sitzungen.

   § 5 der Geschäftsordnung, Zusatz:

   „Zwischen den Sitzungen der Gesellschaft erledigt der Vorsitzende die laufenden Geschäfte, soweit sie nach seinem Ermessen nicht principieller Natur sind. Principielle Angelegenheiten können durch schriftliche Abstimmung der stellvertretenden Vorsitzenden und, wenn diese nicht einig sind, durch Befragung des Gesammtvorstandes entschieden werden".
7. Antrag Fränkel-Schmidt zu dem in der Einladung der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte enthaltenen Antrag Barth über die Zusammenlegung der Laryngologie und Otologie auf Congressen und im Unterricht.

   „Die deutsche laryngologische Gesellschaft hält an der von ihr beschlossenen Trennung von Laryngologie und Otologie fest. Sie wird sich deshalb an der Besprechung des Antrages Barth in der vorgehenen gemeinsamen Sitzung der laryngologischen und otologischen Section der Naturforscherversammlung nicht betheiligen. Sie wünscht, dass die Laryngologie im Unterricht und auf wissenschaftlichen Congressen und in der Literatur als besondere Disciplin bestehen bleibe".
8. Antrag Gerber: Ueber die Regelung des Verhältnisses der Landesversicherungsanstalten zu den specialärztlichen Zeugnissen.
9. Briefwechsel der D. l. G. mit dem Comité des Congresses in Lissabon.
10. Betheiligung an der Türck-Czermakfeier und dem internationalen laryngologischen Congress in Wien.
11. Beschluss über die Vorbereitung von Referaten.

    Zusatz zur Geschäftsordnung § 3. Anfang.

    „Referate werden durch einen aus drei Mitgliedern bestehenden Ausschuss des Vorstandes vorbereitet".
12. Neuaufnahmen und Wahlen.

Um 9 Uhr pünktlich findet in demselben Locale eine Vereinssitzung statt, zu welcher die Vorstandsmitglieder hierdurch eingeladen werden.

Am 15. September, 6 Uhr Abends, wird ein gemeinsames Essen mit Damen stattfinden im Königlichen Belvedere zum Preise von 5 M. ohne Wein.

Diejenigen, welche an dem Essen theilzunehmen wünschen, werden gebeten, die Zahl der gewünschten Plätze vor dem 12. September an Herrn Sanitätsrath Dr. Salzburg in Dresden mittheilen zu wollen.

Der Schriftführer: Avellis. — Der erste Vorsitzende: Moritz Schmidt.

II. Wissenschaftliche Sitzung.

Montag, den 16. September, Nachmittags 3 Uhr, in der technischen Hochschule, Zimmer 8.

1. Referat des Herrn Kuttner:
„Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft“.
Zur Discussion vorgemerkt: Herr Gerber.

Angemeldete Vorträge:

1. Avellis: Röntgogramme von Lungentumoren.
2. Avellis: Ueber Störungen des Organgefühls für das respiratorische Gleichgewicht.
3. Flatau und Gutzmann: Ueber die Singstimme des Schulkindes.
4. B. Fränkel: Demonstrationen.
5. Gerber: Laryngitis nodulosa der Kinder.
6. Gerber: Präparate.
7. Gutzmann: Zur Behandlung der Mundathmung.
8. Hansberg: Ueber angeborene Membranbildung im Kehlkopf und deren Behandlung.
9. Hansberg: Demonstrationen von Angiomen des Kehlkopfes.
10. P. Heymann: Ueber Theilung der Nebenhöhlen der Nase (Demonstration).
11. Hinsberg: Tracheotomie bei Larynxtuberculose.
12. Krebs: Operationslose Behandlung des Kieferhöhlenempyems.
13. Krebs: Die erste Beobachtung von Rhinolaryngosklerom in der Provinz Hannover.
14. Saenger: Zur Asthmatherapie.
15. Saenger: Demonstration.
15. Max Senator: Ueber erworbene totale Ausschaltung der Nasenathmung und deren Folgezustände.

Anmerkung: Die Manuscripte der gehaltenen Vorträge sind in der Sitzung an den Schriftführer abzuliefern.
Die Discussionen werden durch einen Stenographen aufgenommen.

Berichtigung.

Se. Excellenz, Herr Geh. Rath Prof. Dr. Moritz Schmidt, benachrichtigt uns, dass die Bemerkung in der Einladung zur Naturforscherversammlung in Dresden, die auch in das Centralblatt übergegangen ist, nämlich: dass die Vorträge der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft in den Sitzungen der laryngologischen Section gehalten werden sollen, auf einer irrthümlichen Auffassung des betreffenden Dresdener Collegen beruht. Das Richtige ist, dass dieselben im Einklang mit der laryngologischen Section gehalten werden sollen. Weitere Bestimmungen hierüber werden von dem Vorstand der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft am Sonntag, den 15. September, getroffen werden.

Druckfehler-Berichtigung. Im Referat 69 der Mai-Nummer heisst es anstatt G. Hellulder G. H. Mulder.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, October. 1907. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Pineles** (Wien). **Ueber Kopfschmerz.** *Wiener klin. Rundschau. No. 1. 1907.*

Kurze Besprechung der häufigsten Ursachen für den Kopfschmerz. In allen Fällen, in denen die Ursache nicht sofort in die Augen springt, untersuche man Nase, Ohr, Augen und Urin. Zum Schlusse einige therapeutische Angaben.

CHIARI HANSZEL.

2) **Notiz des Herausgebers. Der opsonische Index und Halskrankheiten. (The opsonic index and the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Februar 1907.*

Es wird versucht, den opsonischen Index bei Halskrankheiten anzuwenden; seine Bedeutung besteht hier darin, dass wir in den Stand gesetzt werden, in dem individuellen Fall zu bestimmen, ob in Bezug auf gewisse Infectionen z. B. Diphtherie Empfänglichkeit oder Immunität besteht. Es wird gezeigt, welche praktischen Folgerungen z. B. für die Therapie aus jenen Erwägungen gezogen werden können.

LEFFERTS.

3) **W. Kelson. Erkrankungen der oberen Luftwege in Beziehung auf Lebensversicherung. (Diseases of the upper respiratory passages in relation to life insurance.)** *Lancet. 18. Mai 1907.*

Es wird besprochen: Die Bedeutung der laryngoscopischen Untersuchung für Erkennung von Recurrenslähmung, die wiederum zur Diagnose von Aneurysmen, Oesophaguscarcinom, Tabes etc. führen kann, von tuberculöser, syphilitischer, carcinomatöser Kehlkopferkrankung. Dann wird auf die allgemeinen Störungen hingewiesen, die Folge einer Nasenverstopfung sein können, ferner auf die Bedeutung der Nebenhöhlenerkrankungen, auf das Nasenbluten als Symptom einer Nierenerkrankung, einer Lebercirrhose, einer Leukämie. Zunge und weicher Gaumen können Sitz syphilitischer Ulcerationen sein, Leukoplakie der Zunge kommt als prädisponirendes Moment für Carcinom in Betracht. Folgende Fragen sollen unter die jedem Lebensversicherungskandidaten vorzulegenden aufgenommen werden:

1. Leiden Sie an Heiserkeit oder Athembeschwerden?
2. Können Sie frei durch die Nase athmen?
3. Besteht wässriger Ausfluss aus der Nase?
4. Haben Sie eine schlimme Zunge?

ADOLPH BRONNER.

4) **D. T. Davis. Bakteriologie der Luftwege. (Bacteriology of the respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record. 18. Mai 1907.*

1. Influenzaähnliche Bacillen finden sich in den oberen Luftwegen bei verschiedenen Infectionskrankheiten, besonders beim Keuchhusten, gelegentlich auch in normalem Rachen.

2. Der Micrococcus catarrhalis ist der gewöhnliche Bewohner der Respirationsschleimhaut bei Infectionskrankheiten; er findet sich bisweilen fast in Reinkultur und ruft keine specifischen Veränderungen hervor.

3. Der influenzaähnliche Bacillus beim Keuchhusten dringt wahrscheinlich nur secundär in die Schleimhaut ein. Injection dieser Bacillen verursacht bei Thieren die Production specifischen Agglutinins und wahrscheinlich auch eine Vermehrung des Opsonins im Serum.

LEFFERTS.

5) **Chr. Nuyens** (Helmond). **Nasen-, Hals- und Ohrenstörungen bei Krankheiten des Circulationsapparates. (Neus-, keel- en oorstoornissen bij ziekten van het circulatie-apparaat.)** *Geneesk. Courant. LXI. No. 9.*

Referirender Artikel.

H. BURGER.

6) **E. Kauasugi** (Tokyo). **Casuistische Mittheilung über die aus der Nase und dem Rachen ausgelösten Reflexneurosen.** *Neurologia. Tokyo, Juni 1906.*

Der Verfasser berichtet über folgende Fälle:

1. Ein 17jähriger Jüngling litt seit dem 7. Lebensjahre an epileptischen Anfällen, die sich monatlich 1 bis 3mal wiederholten und trotz allen Behandlungen von Internisten nicht zum Stillstand gebracht werden konnten. Erst 16 Monate nach dem Abtragen der lappig hypertrophirten unteren Muscheln verschwanden die Anfälle.

2. Bei einem 62jährigen Manne verschwanden die Symptome: Schwindel, Anfälle von Hemiplegie und Kopfschmerzen nach der Operation von Nasenpolypen aus beiden Nasenhöhlen.

3. Hochgradiger Schwindel durch Hypertrophia tonsillae palatinae veranlasst bei einem 11jährigen Knaben.

4. Schwindel und Melancholie eines 19jährigen Mädchens verschwanden nach der Operation der adenoiden Wucherungen.

INO KUBO.

7) **Yrueste** (Madrid). **Behandlung der Fremdkörper der oberen Luftwege mittels der Bronchoskopie. (Tratamiento de los cuerpos extranos de las vias aereas por la broncoscopia.)** *Doctoratsthese. Juni 1907.*

Ausgezeichnete Studie über den Gegenstand.

TAPIA.

8) **Ernst Urbantschitsch** (Wien). **Ueber Isoformintoxication.** *Wiener klinische Rundschau. No. 8. 1907.*

In 3 Fällen wurde bei Radicaloperationswunden des Ohres Isoform ange-

wendet, worauf von Seiten des Nervensystems üble Erscheinungen auftraten, die nach Beseitigung des Mittels sofort schwanden. Isoform soll nicht bei Personen mit nervöser Veranlagung, nicht bei Blutungen, nicht bei sehr grossen Wundflächen und nur äusserlich gebraucht werden.

CHIARI.

9) **Martinet. Antiseptische Waschungen für Nase und Hals bei Influenza. (Antiseptic wash for nose and throat in influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Mai 1907.*

Es sollen einmal täglich antiseptische Dämpfe durch die Nasenlöcher eingeathmet werden und mit folgender Lösung soll gegurgelt werden:

Rp. Ol. Anisi gtt. XX.
Menthol. 4,0,
Salol. 4,0,
Alcohol (90 proc.) 100,0.
MDS. Aeusserlich.

Von dieser Mischung wird ein Theelöffel voll auf ein Weinglas sehr heissen Wassers gegossen und die Dämpfe zuerst eingeathmet. Ist es genügend abgekühlt, so wird es als Gurgelwasser benutzt.

LEFFERTS.

10) **Vittorio Grazzi. Das Alypin, ein neues locales Anaestheticum in der Oto-Rhino-Laryngoiatria. (L'alipina nuovo anestetico locale in otorinolaringoiatria.)** *La Clinica Moderna. 1907.*

Verf. schliesst sich den von anderer Seite berichteten günstigen Erfahrungen mit Alypin als Localanästheticum an. Er hebt noch hervor, dass als Analgeticum bei irgend welchen schmerzhaften Affectionen des Halses es dem Cocain insofern überlegen ist, als es nicht wie dieses ein unangenehmes Gefühl der Contractur und des erschwerten Schluckens hervorruft. Der Satz: „In der Otorhinolaryngoiatrie ist die vasodilatatorische Wirkung des Alypin günstiger als die vasoconstrictorische des Cocains“ kann wohl nur mit grossen Einschränkungen gelten.

FINDER.

11) **Font de Boter** (Barcelona). **Radium in der Therapie der Hals- Nasen- und Ohrenkrankheiten. (El radium en therapeutica oto-rino-laringologica.)** *Revista Barcelonesa de laringologia. No. V.*

Verf. führt einige Fälle an, in denen die Behandlung mit Radium gute Erfolge gehabt hat.

TAPIA.

12) **Ch. E. Baeza** (Haag). **Die Behandlung der Krankheiten der Athmungsorgane, des Herzens und des Stoffwechsels in den neueren Inhalatorien. (De behandeling van aandoeningen der ademhalingsorganen, hart- en stofwisselingsziekten in de nieuwere inhalatoria.)** *Amsterdam 1907.*

Populäre Broschüre.

H. BURGER.

13) **H. Schade** (Kiel). **Zur Wirkung des Priessnitz'schen Umschlages bei der Entzündung.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1907.*

Auf Grund chemisch-physikalischer Erörterungen, „experimenteller Feststellungen an Einzelfällen“, sowie „physiologischer und klinischer Beobachtungen“,

bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss, kommt Schade zu dem Schluss: „Die Wirkung des Priessnitz'schen Umschlages, resp. der von ihm gesetzten reactiven Hyperämie, äussert sich somit in der Weise, dass sie durch Steigerung des osmotischen Druckgefälles die centrifugal gerichtete Lymphbewegung erhöht und mit dem so gesteigerten Lymphstrom die Entzündungsproducte in kürzerer Zeit aus dem am meisten gefährdeten Centrum nach der Peripherie schafft, um sie dort in die circulirende Blutmasse abzugeben oder sonstwie unschädlich zu machen." HECHT.

14) **Otto Scheven** (Frankfurt a. M.). **Eine Tamponbüchse mit Spulvorrichtung.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1907.*

Die in der Arbeit abgebildete Trommel ermöglicht in Folge der in ihrem Inneren angebrachten Spule ein leichtes Aufwickeln der für Nase und Ohr abgepassten, abgesäumten Gaze, die, ohne mit dem Finger berührt zu werden, leicht aufgewickelt werden kann. Die Gaze lässt sich leicht in der Dose sterilisiren. Im Uebrigen schliesst sich die Dose den Lautenschläger'schen Streifendosen in ihrer Ausführung so ziemlich an. HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Leon Dieulafe. Morphologie und Embryologie der Nasenhöhlen der Wirbelthiere. (Morphology and embryology of the nasal fossae of Vertebrates.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1906.*

Uebersetzung eines im „Journal de l'Anatomie et de la Physiologie Normales et Pathologiques de l'homme et des aminaux" stehenden Aufsatzes, dessen Inhalt sich zum Referat nicht eignet. EMIL MAYER.

16) **J. M. Ingersoll. Die Nase und ihre Nebenhöhlen beim amerikanischen Bär. (The nose and its accessory sinuses in the american bear.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Ein vergleichendes Studium der Nasenhöhlen bei verschiedenen Thieren zeigt, dass ihr Bau verhältnissmässig einfach bei makrosmatischen Thieren (solchen ohne scharfen Geruchssinn) ist, dass bei mikrosmatischen Thieren (solchen mit scharfem Geruchsinn) dagegen die Nase und ihre Nebenhöhlen hoch entwickelt sind. Ein gutes Beispiel dafür bietet die Nase des amerikanischen Bären. Einige der zahlreichen Verzweigungen der Ethmoidalmuscheln erstrecken sich bis in die Highmorshöhlen; so bilden die Nebenhöhlen hier nur einen Theil des olfactorischen Apparates der Nase. EMIL MAYER.

17) **Charles W. Richardson. Die Nebenhöhlen der Nase vom rhinologischen Standpunkt. (The accessory sinuses of the nose from the rhinological standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 2. März 1907.*

Verf. giebt einen summarischen Ueberblick über Symptome und diagnostische Methoden bei Entzündung der Nasennebenhöhlen. Er macht auf die Verschiedenartigkeit der Schmerzempfindung in Bezug auf Localisation etc. aufmerksam. Die

Röntgendurchstrahlung verspricht viel für die Aufklärung zweifelhafter Fälle, besonders auch der Siebbeinempyeme.

LEFFERTS.

18) **Emil Mayer. Die Nasennebenhöhlen. (The nasal accessory sinuses.)** *Journal of the American Medical Association. 19. Mai 1906.*

Verf. giebt eine kurze zusammenfassende Schilderung der Fortschritte, die wir auf dem Gebiet der Nebenhöhlenerkrankungen gemacht haben, des anatomischen Baues der Höhlen, der Aetiologie ihrer Erkrankungen, der Diagnose und Behandlung.

AUTOREFERAT.

19) **Harris Peyton Mosher. Die Anwendung der X-Strahlen bei Nebenhöhlenerkrankungen. (The use of x-ray in sinus diseases.)** *The Laryngoscope. Februar 1906.*

Die Arbeit besteht in der kritischen Erörterung über den Nutzen, den in einer Anzahl von Fällen die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Sinuserkrankung gehabt hat. Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass die Aufnahmen für den Operateur ein wichtiges Hilfsmittel bilden, insofern sie ihn über die Lage und Ausdehnung des Operationsfeldes aufklären. Zur Beurtheilung der Platten gehört grosse Erfahrung; denn der Unterschied zwischen einer normalen und erkrankten Höhle ist so geringfügig, dass es oft schwer ist, ihn zu sehen. Verf. theilt drei einschlägige Fälle mit.

EMIL MAYER.

20) **Cornelius G. Coakley. Skiagraphie als ein Hülfsmittel bei Diagnose und Behandlung von Erkrankungen der Nebenhöhlen. (Skiagraphy as an aid in the diagnosis and treatment of diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1906.*

C. ist fest überzeugt, dass man mittels einer guten skiagraphischen Aufnahme nicht nur die Grösse der Höhle, sondern auch Vorhandensein oder Fehlen einer Erkrankung derselben feststellen kann. Ob eine Stirnhöhle vorhanden ist oder nicht, die Lage des Septums in ihr kann vor Vornahme der Operation genau festgestellt werden. Negative der erkrankten Höhlen zeigen einen Schatten im Bereich der Höhle und Verschwommenheit ihrer Grenzen. Die Grösse der Siebbeinzellen lässt sich ebenfalls bestimmen, was für die intranasale Operation von grossem Nutzen ist, dasselbe gilt von Oberkiefer- und Keilbeinhöhle.

LEFFERTS.

21) **Giovanni D'Ajutolo. Umgekehrte Diaphanoskopie der Highmorshöhle. (Diafanoscopia Highmoriana invertita.)** *Bollett. della malattie dell'orecchio, delle gola e del naso. No. VIII. 1907.*

Gegen die Durchleuchtung vom Munde aus lässt sich anführen: Die Möglichkeit einer Infection in Folge unvollständiger Asepsis der Lampe; der unangenehme Eindruck, den die Einführung der Lampe besonders auf nervöse Personen macht; die Unmöglichkeit, die Durchleuchtung bei schmerzhaften oder infectiösen Erkrankungen der Mundhöhle, bei Tumoren der Zunge oder des Gaumens auszuführen. Verf. schlägt vor, die Lampe gegen den unteren Rand der Orbitalhöhle anzusetzen, sodass die Strahlen durch die Highmorshöhle von oben nach unten

und etwas von vorne nach hinten hindurchgehen. Man sieht auf der Seite, wo die Höhle normal ist, eine Helligkeit der entsprechenden Seite des harten Gaumens und des molaren Theils des Processus alveolaris des Oberkiefers, während auf der kranken Seite diese Region dunkel bleibt. Verf. bedient sich der Vohsen'schen Lampe.

FINDER.

22) George W. Spohn. **Acute Nebenhöhlenerkrankungen. (Acute diseases of the nasal sinuses.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Mai 1906.*

Als entfernte Ursachen der meisten Nebenhöhlenkrankheiten kommt Verstopfung der Nase, zumeist in Folge Hyperplasie der mittleren Muschel oder Septumdeviation in Frage. Wenn alle Abnormitäten beseitigt sind und freier Abfluss geschaffen ist, dann wird in den meisten Fällen acuter Erkrankung die Natur selbst Heilung herbeiführen, womit nicht gesagt sein soll, dass jede weitere Behandlung zu unterbleiben hat. Man wird vielmehr durch geeignete medicamentöse Behandlung, nachdem freier Abfluss geschaffen ist, die Natur in ihrem Bestreben unterstützen.

LEFFERTS.

23) **R. Hoffmann** (Dresden). **Ueber entzündliche Affectionen in der Orbita und am Auge im Gefolge von Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase unter Mittheilung eigener Beobachtungen.** *Zeitschr. f. Augenheilkunde. Bd. XVI.*

Die fleissige, mit zahlreichen Litteraturangaben versehene und die anatomischen Verhältnisse eingehend berücksichtigende Arbeit giebt eine erschöpfende Darstellung des Themas. Die entzündlichen Affectionen der Orbita entstehen durch Fortpflanzung der Nebenhöhlenentzündungen durch den Knochen oder auf dem Wege der Venenverbindung oder durch passive Hyperämie. Entweder ist nur der Orbitalinhalt betroffen oder dieser mit Opticus oder gleichzeitig mit Augapfel oder Opticus bezw. Augapfel allein oder es kommt zu Affectionen des Schutzapparates. Bei Erkrankungen des Sinus frontalis finden sich am häufigsten Periorbititis und epiperiorbitale Abscesse. Er beschreibt einen selbstbeobachteten Fall von Periostitis am Orbitaldache mit Infiltration des orbitalen Zellgewebes und Betheiligung des Levat. palp. sup. nach acuter Hirnhöhleneiterung, der unter Cocainspray und Lüftung des mittleren Nasenganges mit Cocainadrenalin heilte.

An den Durchbruch durch die orbitale Wand der Stirnhöhle schliesst sich die Bildung eines Orbitalabscesses mit oder ohne entzündliche Schwellung der Lider — geschwulstartige Hervorwölbung am inneren oberen oder am äusseren Augenwinkel gerade unter dem oberen Lid. Er erwähnt einen eigenen Fall von periorbitalem Abscess nach chronischer Stirnhöhleneiterung, der nach Radicaloperation heilte. Bei geringerer Geschwulst können Augenstörungen ausbleiben, nimmt sie zu, so kann Verdrängung des Bulbus, Diplopie, gelegentlich Verwaschensein der Papillengrenzen, selten Netzhautablösung eintreten.

Einen Zusammenhang von Kieferhöhleneiterung mit Thränensackerkrankung constatirte er in einem Falle; entzündliche Affectionen der Orbita nach Erkrankung des Sin. maxill. kommen zu Stande durch Fortpflanzung auf die obere Antrumwand oder auf dem Wege der Venen.

Sitzt die Periostitis in den tieferen Theilen der Orbita, so wird sie zu Störungen besonders Veranlassung geben, wenn sie sich in den Canal. opt. hineinerstreckt (Neurit. retrobulb.); der Nerv kann aber auch in seinem intraorbitalen Verlauf in Mitleidenschaft gezogen werden. Eine Periostitis am Orbitalrand mit Röthung und Schwellung des Unterlides, eine solche am Orbitalboden kann die Mm. obl. und rect. inf. in Mitleidenschaft ziehen; schliesst sich daran eine Entzündung des retrobulbären Zellgewebes, so kann eine Protrusio bulbi und Orbitalphlegmone entstehen mit Verminderung des Sehvermögens oder Amaurose.

Zu den orbitalen Complicationen nach Siebbeineiterung rechnen entzündliche Infiltrationen am inneren Augenwinkel resp. in den tieferen Theilen der Orbita oder Abscesse mit und ohne Perforation der Papierplatte und Orbitalphlegmone. Dabei sind Dislocationen des Augapfels beobachtet, oder die consecutive Entzündung des orbitalen Zellgewebes pflanzt sich gleichzeitig auf den Opticus fort. In den meisten Fällen tritt Verminderung des Sehvermögen ein, einmal wurde Atrophie des Bulbus, ein andermal in Folge mangelnden Lidschlusses (wegen Exophthalmus) Hornhautverschwärung und zweimal Thränensackblennorrhoe beobachtet.

Neben dem Siebbein sind oft auch andere Nebenhöhlen erkrankt; H. beobachtete einen Fall, in dem nach Scharlachdiphtherie links eine Eiterung der Stirn- und Siebbeinhöhle, rechts ausser diesen auch des Sin. max. auftrat; es kam zum Durchbruch in die Orbita mit Bildung von Orbitalabscessen. Nach Radicaloperation trat Heilung ein.

Durch Nebenhöhleneiterungen können hervorgerufen werden Epiphora; Orbitalabscesse und eine Sinusitis max. können in den Thränensack perforiren, Erosionen oder Infiltrate der Hornhaut können durch den Eiter eines Orbitalabscesses oder einer Orbitalphlegmone inficirt werden u. s. w. Eine Iritis kann auftreten bei Erkrankungen der Kiefer- und Stirnhöhle, weiter ein Glaskörperabscess, glaukomähnliche Zustände, Katarakt, Blepharospasmus.

Complicationen von Keilbeinhöhlenerkrankungen sind Neurit. retrobulb., Exophthalmus, Strabismus u. a. H. beobachtete nach Keilbeinhöhleneiterung Herabhängen des oberen Lides, Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des Augapfels und bei Druck auf ihn, Neuritis opt., später Doppelsehen. Als Ursache erwies sich eine Periostitis, die sich auf den Orbitalinhalt resp. den N. opt. fortgepflanzt hatte.

Erkrankungen des Thränensacks können gelegentlich auch auf die Orbita übergreifen.

Die Störungen des Sehvermögens treten am häufigsten auf bei Erkrankungen der Keilbeinhöhle, dann bei denen der Kieferhöhle und des Siebbeins und zuletzt bei solchen der Stirnhöhle.

A. ROSENBERG.

24) **H. J. L. Struycken** (Breda). **Pansinusitis nasalis mit tödtlichem Verlauf. (Pansinusitis nasalis met doodelyken afloop.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1338. 1907.*

Naseneiterung mit recidivirender Polypenbildung. Secundäre Mittelohrentzündungen, asthmatische Anfälle und Schwindel. Ausser Polypenextraction wurde

jede operative Behandlung abgelehnt. In den letzten zwei Jahren zunehmende Kopfschmerzen, Verlust der Arbeitsfähigkeit und Veränderung des Charakters. Nach einer acuten Influenza plötzlich heftige Schmerzen im Gesicht und um das linke Auge herum und Protrusion dieses Auges. Operation der linken Stirnhöhle mit Totalabtragung der facialen und orbitalen Wandungen und breite Eröffnung des Siebbeines. Es wurde fötider Eiter entleert. Ein paar Tage später Eröffnung der linken Kieferhöhle und Herausbeförderung von käsigem Eiter, der, wie sich herausstellte, aus dem Siebbein stammte. Dann entwickelte sich eine Meningitis, der Pat. nach wenigen Tagen erlag.

Am letzten Tage wurde die Dura des linken Frontallappens freigelegt und mit negativem Erfolg Hirnpunction gemacht. Ventrikelpunction ergab klare Flüssigkeit unter erhöhtem Druck. Auch wurden die Frontal- und Siebbeinhöhlen der rechten Seite eröffnet, und waren auch diese mit Eiter gefüllt.

Bei der Section wurde eine Basalmeningitis constatirt. Die Scheide des R. ophth. nervi trigemini war ganz mit Eiter gefüllt und konnte verfolgt werden bis in das Brachium cerebri ad pontem, wo sich ein haselnussgrosser Eiterherd befand. Die Infection des R. ophthalmicus war zweifelsohne von einigen kleinen, nicht eröffneten, mit Eiter gefüllten Knochenhöhlen in der Umgebung der Glandula pinealis und der Fissura orbitalis sup. ausgegangen.

H. BURGER.

25) **Onodi. Verhältniss der Nebenhöhlen der Nase zum Sehnerven.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1907.*

Die Lehre der rhinogenen Amblyopie und Blindheit weist noch viele Lücken auf. Untersuchungen über die Wege und Art der Fortleitung fehlen noch. Die anatomische Grundlage dieser Lehre trachtet O. auf Grund seiner Untersuchungen festzustellen. Die verschiedene Dicke der Knochenwand, welche den Sehnerv von den Nebenhöhlen trennt, ist von Einfluss auf das Uebergreifen der Erkrankung. O. theilt die diesbezüglichen Varietäten in 12 Hauptgruppen mit 37 Gestaltungen. Mit dem Sehnerven stehen in directer Beziehung die Stirnhöhle, die Siebbeinzellen, die Keilbeinhöhlen, sowie die obere Muschelzelle. Der Canalis opt. kann verschieden lang in der hinteren Siebbeinzelle oder in der Keilbeinhöhle selbst verlaufen. Die Beziehungen der hinteren Siebbeinzelle zum anderseitigen Sehnerven geben eine Erklärung der contralateralen Amblyopie und Blindheit.

v. NAVRATIL.

26) **Onodi. Verhältniss der Nebenhöhlen der Nase zum Sehnerven.** *Orvosi Hetilap. No. 43. 1906.*

Der Canalis opticus kann in der Keilbeinhöhle oder in der hinteren Siebbeinzelle verlaufen, seine Länge kann 6, 10, 12 mm sein, die knöcherne Scheidewand zwischen hinterer Siebbeinzelle und Canalis opt. ist meistens papierdünn, oder 1—2 mm dick; eine dickere Scheidewand finden wir zwischen Keilbeinhöhle und Canalis opt., von 1, 2, 3, 4, 5, 9, 12 mm.

Die verschiedenen Lageverhältnisse der angeführten Theile fasst O. in 11 Gruppen zusammen. Sie beziehen sich auf die verschiedenen Verhältnisse der Keilbeinhöhlen, der hinteren Siebbeinzellen, zu den Wänden des Canalis opticus

und des Sulcus opticus, sowie auf die Stirnhöhle und die Muschelzelle der oberen Muschel.

Die beschriebenen Verhältnisse bilden die anatomische Grundlage der Lehre von der canaliculären retrobulbären Neuritis optica und Sehnervenatrophie, deren vollständiger Aufbau den pathologisch-anatomischen Untersuchungen und den klinischen Beobachtungen vorbehalten ist.

Die diesbezüglichen Präparate wurden am Heidelberger Ophthalmologencongresse demonstrirt.

v. NAVRATIL.

27) **Onodi. Ueber die Pathogenese der durch Nasenleiden verursachten contralateralen Sehstörung und Blindheit.** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1907.*

O. behandelt die Frage auf Grund mehrerer Krankenfälle und anatomischen Untersuchungen. Im eigenen Falle war bei Empyem der linken hinteren Siebbeinzelle und Keilbeinhöhle rechterseits eine Atrophie des Sehnerven, linkerseits Neuritis optica mit temporaler Hemianopsie.

Die anatomischen Untersuchungen O.'s führten zu folgenden Resultaten:

Die linke hintere Siebbeinzelle bildet die mediale Wand des rechten Canalis opt. Die rechte hintere Siebbeinzelle bildet beiderseits die untere und mediale Wand des Canalis opt. und die Wand des ganzen Sulcus opt. Die rechte hintere Siebbeinzelle bildet die Wand des rechten Drittheils und des mittleren Drittheils des Sulcus opt. Die linke Keilbeinhöhle bildet die untere Wand des rechten Canalis opt. und die Wand am rechten und mittleren Drittheile des Sulcus opt. Die linke Keilbeinhöhle bildet beiderseits die untere und mediale Wand des Canalis opt. und die ganze Wand des Sulcus opt. Die linke Keilbeinhöhle bildet die linke und mediale Wand des linken Canalis opt. und die untere Wand des rechten Canalis opt., sowie die ganze Wand des Sulcus opt. Die rechte Keilbeinhöhle bildet die Wand des mittleren Drittheils des Sulcus opt.

v. NAVRATIL.

28) **L. Réthi. Die Radicaloperation bei Empyem der Highmorshöhle. (The radical operation for empyema of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Februar 1907.*

Verf. verwahrt sich zunächst dagegen, dass man seine Operationsmethode, wie es bisweilen geschieht, mit der von Claoué identificirt; es beständen vielmehr zwischen beiden Methoden erhebliche Unterschiede. Er geht folgendermaassen vor: Zuerst wird die untere Muschel, sowie die laterale Wand des unteren und mittleren Nasengangs mit einer Adrenalin-Cocainlösung gepinselt. Die untere Muschel wird dann mit Scheere und Conchotom abgetragen, mit dem Meissel eine Oeffnung gemacht und diese nach oben und unten erweitert, sodass sie sich bis in den mittleren Nasengang hineinerstreckt. Es besteht dann eine breite Communication zwischen Nase und Higmorshöhle. In den meisten Fällen wird die Höhle dann mittels eines scharfen Löffels ausgekratzt. In der ersten Zeit wird die Höhle täglich ausgespült, später nur alle 2, 3 bis 4 Tage. Allgemeine Narkose ist nicht nothwendig. Entzündliche Schwellung, heftige Schmerzen, Oedem wie nach der Caldwell'schen Operation wurden nie beobachtet.

LEFFERTS.

29) **Destot. Entzündung der Oberkieferhöhle. (Sinusite maxillaire.)** *Lyon médical. No. XXI. 1906.*

Verf. weist auf den Nutzen hin, den die Radiographie für die Kenntniss der Pathogenie und für die Behandlung der Oberkieferhöhlenerkrankungen haben kann.

BRINDEL.

30) **Onodi** (Budapest). **Ueber die Spontanheilung der Kieferhöhlenempyeme und über den Werth der endonasalen Ausspülung.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

In allen Fällen von acuten Kieferhöhlenempyemen sichern neben heissen Dämpfen, warmen Umschlägen, Antipyreticis, Bepinselung des mittleren Nasenganges mit Cocain und Adrenalin die durch die natürliche Kieferhöhlenmündung ausgeführten Ausspülungen zumeist den Erfolg. Bei vielen chronischen Kieferhöhlenempyemen gelingt es, die Kieferhöhle durch die natürliche Mündung auszuspülen. Wir besitzen demnach in der endonasalen Ausspülung der Higmorshöhle eine werthvolle Heilmethode, welche in den geeigneten Fällen angewandt, in einer schonenden Weise vollkommene Heilung zu sichern vermag.

SEIFERT.

31) **Sébileau. Klinische Formen des Oberkieferhöhlenkrebses. (Formes cliniques du cancer du sinus maxillaire.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. XI. 1906.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Arten von malignen Tumoren, die innerhalb der Highmorshöhle oder in ihren Wandungen ihren Sitz haben. Er beschreibt sorgfältig die phlegmonösen Erkrankungen, die ihre Folge sein können und räth zu frühzeitiger Operation. Operirt man nicht früh, so wird man trotz breiter Resection des Oberkiefers ein Recidiv haben.

BRINDEL.

32) **Frank Woodbury. Congestion der Stirnhöhle mit periodischen Kopfschmerzen. (Brow ague: frontal sinus congestion with periodical headaches.)** *N. Y. Medical Journal. 21. April 1907.*

Verf. berichtet über 3 Fälle. Bei allen nehmen die Schmerzen zu, wenn der Patient sich nach unten neigte, um etwas vom Boden aufzunehmen; bei der Rhinoscopie constatirte man Congestion und Schwellung der Schleimhaut der mittleren Muschel. Fingerdruck auf die Augenbrauengegend vermehrte den Schmerz. Von aussen bestand keine Schwellung oder Röthung und augenscheinlich war kein acuter katarrhalischer Zustand vorhanden. Verf. glaubt, dass in diesen Fällen ein vasomotorisches Moment die Grundstörung ist. Die Veränderung an der Nasenschleimhaut soll auf Influenza oder Malaria zurückgeführt werden. Man verschafft dem Patienten Erleichterung durch Anwendung von Cocain und Adrenalin mit nachfolgenden Einspritzungen von feuchter warmer Luft und alkalischen Flüssigheiten. Um die Congestion zu vermindern, wurde ein salinisches Abführmittel und später eine Kapsel mit Chinin. hydrobromic. oder Camphor. monobromat. und Acetanilid gegeben. Wenn der Fall mit Neuralgie complicirt erscheint, so werden subcutane Einspritzungen kleiner Morphiumdosen gemacht. Später werden die gewöhnlichen Nerventonica angewandt.

LEFERTS.

33) J. A. Storck. **Magenstörungen infolge Erkrankung der Stirnhöhle. (Gastric disturbances due to disease of the frontal sinus.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Februar 1906.*

In dem einen der mitgetheilten Fälle heilte die Stirnhöhlenerkrankung nach einer einmaligen Ausspülung und auch die Magenbeschwerden verschwanden gleichzeitig ohne weitere Behandlung. In einem zweiten Fall liessen die Uebelkeiten zwar nach wiederholter Spülung der Stirnhöhle nach, verschwanden jedoch völlig erst nach längerer Behandlung der Sinuserkrankung und des Magens. Verf. räth, in allen obscuren Fällen von Magenbeschwerden die Stirnhöhle und die anderen Nebenhöhlen zu untersuchen.

EMIL MAYER.

34) Rollet (Lyon). **Mucocele der Stirnhöhle. (Mucocele du sinus frontal.)** *Société de chirurgie de Lyon. Lyon médical. 30. Juni 1907.*

Die Mucocele war nach einem Trauma entstanden, das auf den inneren Augenwinkel eingewirkt hatte.

GONTIER de la ROCHE.

35) Norton L. Kelson. **Empyem der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhle mit Abscedirung in die Orbita, seröser Meningitis, Neuritis optica, Otitis media. Operation. Heilung. (Empyema of frontal, ethmoidal and sphenoidal meningitis, optic neuritis, otitis media. Operation. Recovery.)** *The Laryngoscope. Mai 1906.*

Der Titel enthält den Inhalt.

EMIL MAYER.

36) Iwanow. **Zur Frage der Radicaloperation der Stirnhöhle. (K woprosu o radikalnoi operazii lobnoi pasuchi.)** *Mittheil. der Bazan. Klinik. Bd. 2. p. 112.*

I. operirte selbst in zwei Fällen, in einem Fall nach Killian. Der eine Fall war bereits einmal nach Golowin vor 4 Jahren operirt worden. Zwei Fälle hatten Fistelgänge. In allen Fällen war der Erfolg gut.

P. HELLAT.

37) M. Hajek (Wien). **Ueber Operationsmethoden bei Stirnhöhlenentzündungen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 18. 1907.*

Ueberblick über ältere und neuere Operationsverfahren bei Stirnhöhlenentzündungen, dargestellt in der gemeinschaftlichen Sitzung der laryngologischen und ophthalmologischen Gesellschaft am 6. März 1907.

CHIARI HANSZEL.

38) A. Iwanow. **Fall von primäremKrebs der Stirnhöhle. (Slutschai parwitsch. raka lobnoi pasuchi.)** *Mittheil. der Bazan. Klinik. Bd. 2. p. 52.*

Die Operation führte v. Stein aus. Der Patient starb nach 8 Monaten an Altersmarasmus. — Die hintere Sinuswand war usurirt.

I. erwähnt hierbei, dass die primäre krebsige Erkrankung der Stirnhöhle zum ersten Male 1903 von Bortha und Onodi beschrieben worden ist und dass die Krankheit eine äussert seltene ist.

Ein Fall, den ich beobachtete und den Dr. Fick operirte, ist dadurch bemerkenswerth, dass die Polypen in der Nasenhöhle mit dem Carcinom der Stirn-

höhle eine Geschwulst bildeten. Auch in dem Fall war die hintere Wand des Sinus usurirt und die Dura frei. Patient lebte noch nach 3 Jahren und war gesund.

P. HELLAT.

39) **A. Onodi. Sehstörungen infolge Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle. (Disturbances of vision due to disease of the posterior ethmoid cells and of the sphenoidal sinus.)** *N. Y. Medical Journal 22. December 1906.*

Die Arbeit ist identisch mit den in deutscher und ungarischer Sprache über dasselbe Thema erschienenen Abhandlungen des Verf.'s.

LEFFERTS.

40) **James F. Mc'Caw. Orbital-Meningealinfection von den Siebbeinzellen her. Tod. Bericht über einen Fall. (Orbital-Meningealinfection from the ethmoid cells; death; report of a case.)** *American Journal Medical Sciences. August 1905.*

Der Fall ist interessant wegen des ungewöhnlichen Weges, den die Infection von der Nase zur Schädelhöhle genommen hat. Der Eiter bohrte sich von den Siebbeinzellen seinen Weg durch die Augenhöhle hindurch zum Stirnbein, bildete dort einen subperiostalen Abscess und wanderte von dort nach hinten durch das Foramen sphenoidale, was Meningitis und Tod zur Folge hatte.

A. LOGAN TURNER.

41) **Edward Baum. Ein neues Suppositorium für medicamentöse und chirurgische Behandlung der Nasenhöhlen. (A new suppository for the medical and surgical treatment of the nasal cavities.)** *Journal of the American Medical Association. 30. Juni 1906.*

Verf. führt als Vortheile der Behandlung mit medicamentösen Suppositorien folgende an: 1. Die Einfachheit ihrer Einführung. 2. Dass die Medicamente während langer Zeit einwirken; die Suppositorien schmelzen bei Körpertemperatur und das frei werdende Medicament wirkt 6—8 Stunden lang auf die erkrankten Theile ein. 3. Die Medicamente können jederzeit eingeführt werden, während des Tages sowohl wie zur Schlafenszeit. 4. Nach chirurgischen Eingriffen stellen die Suppositorien einen ausgezeichneten Verband dar; sie schützen die Schleimhaut gegen Irritation durch Staub, Rauch etc.

Folgende drei Arzneiformen wendet Verf. an:

Gegen Katarrh:

I. Rp. Ol. Cassiae 0,3,
Ol. Eucalypt.
Ol. Gaultheriae aa 0,4,
Camphor.
Menthol aa 0,2,
Thymol 0,19,
Ol. theobrom. g. 5.

M. f. supposit. No. XII. S. In jedes Nasenloch ein Suppositorium einzuführen.

Gegen Keuchhusten:

II. Rp. Extr. suprarenal.
Hydrastini aa 0,06,
Camphor. monobromat. 1,5,
Menthol. cryst. 0,6,
Antipyrini 1,0,
Resorcini 0,3,
Ol. theobrom. g. 5.

M. f. supposit. No. XII. S. Zu irgendeiner Tageszeit oder vor dem Schlafengehen in jedes Nasenloch einzuführen.

Gegen acute Coryza:

III. Rp. Ol. Cassiae 0,12,
Ol. Anis. 0,18,
Ol. thym. 0,24,
Ol. Eucalypt. 0,18,
Phenol.
Camphor.
Menthol. aa 0,19,
Ol. theobr. g. 5.

M. f. supposit. No. VI.

EMIL MAYER.

42) **Jacques. Trepan für die Nebenhöhlen. (Pince-trépan pour les sinus de la face.)** *Revue médicale de l'Est. No. IX. Mai 1906.*

Beschreibung eines Instrumentes, mittelst dessen die in der Fossa canina gemachte Oeffnung erweitert wird.

BRINDEL.

c. Mundrachenhöhle.

43) **M. Pacant. Ueber zwei diastatische Eigenschaften des Schneckenspeichels. (Sur deux propriétés diastasiques de la salive de l'Escargot l'Helix pomatica L.)** *Compt. rend. Soc. de Biol. LVIII. 24. p. 29.*

44) **C. Scillière. Ueber die Anwesenheit von Xylanase bei einigen Gastropoden. (Sur la présence de la xylanase chez différents molusques gastéropodes.)** *Compt. rend. Soc. de Biol. LVIII. 24. p. 20.*

In beiden Arbeiten wird die Gegenwart einer Xylanase und eines amylolytischen Ferments in den Speicheldrüsen von Helix pomatica nachgewiesen.

J. KATZENSTEIN.

45) **L. Follet. Der Speichel der Syphilitischen. (La salive des syphilitiques.)** *Société de Biologie. April 1907.*

Im Speichel nicht behandelter Syphilitiker findet sich — abgesehen von secundären Localerscheinungen — eine sehr grosse Zahl von Spirillen, unter denen das Treponema pallidum vorherrscht; letztere findet man im Speichel Gesunder überhaupt nicht. Bei Gesunden ist die Spirillenflora im Ganzen weit geringfügiger.

GONTIER de la ROCHE.

46) **Baumgarten. Speichelstein. Recidive.** *Gégészet. No. 2. 1906. Beilage zu Budapesti Orvosi Ujság.*

B. fand an der linken Seite des Mundbodens eine Geschwulst, welche er eröffnete und in der er einen Speichelstein von $2/_2$ cm Länge und $1^1/_2$ Dicke fand. Nach 2 Jahren Recidive.

v. NAVRATIL.

47) **Eljasson. Zur Casuistik der Steine im Ductus Warthonianus. (K kasuistike kamnei Wartonowa protoka.)** *Eshemesjatschnik. No. 1. p. 1. 1907.*

Der Stein war 2 cm lang, spindelförmig; er wurde nach Erweiterung und Entzündung des Canals durch Druck entfernt.

P. HELLAT.

48) **J. H. Woodward. Die Augencomplication bei Mumps. (The ocular complication of mumps.)** *Annals of Ophthalmology. Januar 1907.*

Die Reihe der Augencomplicationen erstreckt sich vom Abscess des Augenlides bis zur retrobulbären Neuritis. Es kann völlige Heilung und Wiederherstellung der Function eintreten oder es kann vollständige Opticusatrophie und Blindheit auf beiden Augen erfolgen.

Die Augencomplicationen traten auf, wenn die Drüsenerkrankung aufhört oder einige Wochen, nachdem sie beendigt ist.

EMIL MAYER.

49) **Emory Lannphear. Parotitis als eine Complication bei Beckenchirurgie. (Parotitis as a complication in pelvic surgery.)** *Columbus Medical Journal. Januar 1907.*

In beiden Fällen, über die Verf. berichtet, bestand tiefe Sepsis; der eine Fall endete tödtlich, der andere ging langsam in Genesung aus. Der Meinung des Verf.'s nach werden die meisten Fälle bedingt durch eine schwache eitrige Infection infolge eines Versehens in der Technik der Operation oder infolge Freiwerdens pyogenen Materials vom Operationsfeld. Die Parotis wird rein zufällig der Sitz der Secundärerkrankung. Wo Schwellung und Schmerzen gross sind, kein Fieber und keine Eiterung besteht, da ist keine Infection mit Strepto- oder Staphylokokken, sondern von weniger virulenten Agentien, wie dem B. coli communis anzunehmen.

EMIL MAYER.

50) **Tuffier** (Paris). **Bösartige Mischgeschwulst beider Parotiden; Exstirpation. Ausbleiben von Recidiven nach 8 Jahren. (Tumeur mixte maligne des deux parotides; exstirpation. Absence de récidive après huit ans.)** *Société de chirurgie. 10. Juni 1907.*

Im Verlauf der Operation wurden beide Nervi faciales durchschnitten; der linke hat sich spontan regenerirt.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Karwacki. Ueber die sogenannte „Lingua nigra". (Przypadek t. zw. czarnego jezyka.)** *Pamietnik Towaczystwa Lekarskiego. 1906.*

Verf. stellte in der Sitzung der Warschauer medicinischen Gesellschaft mikroskopische Präparate und Culturen von einem Fall der sog. „Lingua nigra" vor. In diesem Präparat wurden polymorphische Oidien vorgefunden. Das hartnäckige Leiden wurde mittels Pinselungen mit Thiol beseitigt. In der Discussion, an der Hewelke theilgenommen hat, wurde die Thatsache hervorgehoben, dass die

Aetiologie dieses Leidens noch nicht genügend erforscht sei, und zwar in klinischer und ätiologischer Hinsicht. Klinisch werden sehr verschiedene acute und chronische Fälle unter diesem Namen beschrieben. Hewelke und Ciaglinski haben in einem Falle einen Pilz gezüchtet, den sie als Mucor rhizopodiformis erkannten. In anderen Fällen fand man meistens andere Pilze, öfters wurden jedoch keine specifische Pilze vorgefunden, weswegen Hewelke bezweifelt, dass das von Karwacki gezüchtete Oidium die eigentliche Ursache der Lingua nigra ist.

A. v. SOKOLOWSKI.

52) **F. Nakamura** (Japan). **Zur Pathologie der sogen. Haarzunge.** *Zeitschr. f. Oto-, Rhino-Laryngologie. December 1906.*

Nakamura hat über die Pathologie von 3 ihm vorgekommenen Fällen von schwarzer Haarzunge histologische Untersuchungen angestellt. Dabei fand er die hypertrophirten und verhornten Papillae filiformes, deren homogene gelbliche Epithelzellen sich dachziegelartig übereinanderschichteten. Diese Ueberschichtung der Epithelzellen wird dichter nach der Spitze zu und verursacht die dunkle Farbe. Somit schliesst sich Nakamura der Ansicht Dinkler's an. Nakamura's Fälle betrafen starke Raucher.

INO KUBO.

53) **G. Anzilotti. Ueber Zungentuberculose. (Sulla tuberculosi della lingua.)** *La Clinica Chirurgica. p. 593. 1906.*

Fall von primärer Zungentuberculose bei einem 68jährigen Diabetiker; die Diagnose wurde durch histologische Untersuchung bestätigt. Klinisch stellte sich die Affection dar als ein Tumor von der Grösse einer Nuss von ovaler Form, der in der Mitte des linken freien Randes der Zunge sass.

FINDER.

54) **Lapowski. Zungentuberculose. (Tuberculosis of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Geschichte eines Falles.

LEFFERTS.

55) **Galliard. Apoplectische Phlegmone der Zunge bei einem Herzkranken. (Phlegmon apoplectique de la langue chez un cardiaque.)** *Société méd. des hôpitaux. 26. April 1907.*

Patient bekommt plötzlich ohne ersichtliche Ursache lebhafte Schmerzen in der Zunge mit Fieber. Der Athem ist fötide, die Zunge geröthet, geschwollen und schmerzhaft. Es besteht kein Oedem des Mundbodens. Temperatur 39° C. Eine Incision auf der Oberfläche ergiebt keinen Eiter, verschafft dem Patienten aber Erleichterung. Tod am 8. Tage infolge der Herzaffection.

Bei der Autopsie findet man keinen Abscess in der Zunge, keine Erweichungsherde, aber mehrere rothe, harte Infarcte.

A. CARTAZ.

56) **L. de Gaetano. Cysticercus cellulosae in der Zunge eines Kindes. (Cysticercus cellulosae in the tongue of a child.)** *N. Y. Medical Record. 9. März 1907.*

Der Fall betrifft ein 10jähriges Kind. Dasselbe ist mit Hunden und anderen Thieren zusammengewesen; weder bei dem Kinde noch bei anderen Familien-

mitgliedern waren Anzeichen von Taenia vorhanden. Vor 2 Jahren wurde ein Knötchen an der linken Seite der Zunge constatirt, das später rapide wuchs, bis es die Grösse einer grossen Nuss erreicht hatte. Die Geschwulst war von normaler Schleimhaut überzogen, hart und in die Muskulatur eingebettet. Nach der Enucleation fand man, dass es sich um einen cystischen Tumor mit fester Kapsel handelte; beim Einschnitt entleerte sich eine klare Flüssigkeit. Die Innenfläche der Kapsel war bedeckt mit einer gelblich-weissen Membran und an einer Stelle derselben sass eine kleine weisse Masse, das Taenienei.

LEFFERTS.

57) **Feldmann. Struma lingualis et sublingualis.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1907.*

Bei der Autopsie der 31jährigen Kranken, die nach einer Gallensteinoperation starb, fand F. das Fehlen der Schilddrüse an ihrer normalen Stelle, hingegen unter der Zunge ein Gebilde, welches rechts aus einem haselnuss- und links aus einem nussgrossen Lappen bestand; ferner ein ähnliches kleineres am Zungenrücken hinter dem Foramen coecum. Beide zeigten theils normales, theils colloid und cystisch entartetes Schilddrüsengewebe. F. führt dieses Vorkommniss auf eine Bildungsanomalie zurück.

v. NAVRATIL.

58) **Walther** (Paris). **Epitheliom der Zunge vor 7 Jahren auf dem subhyoidalen Wege operirt; kein Recidiv. (Epithéliome de la langue opéré il y a sept ans par la voie sous-hyoidienne et resté sans récidive.)** *Soc. de chirurgie. 10. Juni 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt.

GONTIER de la ROCHE.

59) **Francis J. Quinlan. Pharyngo-Mycose oder Pharyngo-Keratose. (Pharyngomycosis or pharyngo-keratosis.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

Die neueren Untersuchungen haben ergeben, dass die Pilzansiedelung auf dem Epithel nur ein secundärer Vorgang ist. Mit Onodi und Entz ist Verf. der Ansicht, dass die Epithelveränderungen nur den Boden für die Ansiedelung des Pilzes präpariren, dass aber ein ätiologischer Zusammenhang zwischen beiden nicht besteht.

EMIL MAYER.

60) **Meynet** (Marseille). **Pharyngomycosis leptothricia. (Pharyngomycose leptothricique.)** *Marseille médical. No. XX. 1907.*

Verf. räth zur Abtragung des erkrankten Tonsillargewebes und wiederholten Aetzungen.

GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

61) **Delfosse. Kehlkopfdiphtherie von langer Dauer. (Diphtérie laryngée de longue durée.)** *Journal des Sciences méd. de Lille. No. 37. 1906.*

Beobachtung eines Kindes von 3 Jahren und 5 Monaten, bei dem das Persistiren und Wiedererscheinen der Pseudomembranen ein ganz abnormes Vorkommniss bildeten. Trotz wiederholter Seruminjectionen wurde noch am 9. Tage eine Membran ausgehustet. Erst am 11. Tage konnte definitiv detubirt werden.

FINDER.

62) **Borobio. Einige Fälle von Croup nach Masern. (Algunos casos de crup morbiloso.)** *Revista de medicina y cirurgia practicas. No. 219.*

Bericht über 5 Fälle, die trotz Intubation tödtlich endeten; der tödtliche Ausgang ist nach Ansicht des Verf.'s durch die Bronchopneumonie bedingt.

TAPIA.

63) **Romeyer. Phlegmonöse diphtherische Angina mit infectiösem Pseudo-Rheumatismus. (Angine diphtéritique à forme phlegmoneuse avec pseudo-rhumatisme infectieux.)** *Arch. de méd. et de pharm. milit. No. X. 1906.*

Verf. beschreibt den Fall eines Mannes, der zuerst 4 Tage lang wegen einer erythematösen Angina behandelt wurde. Dann traten Schmerzen und Schwellungen in mehreren Gelenken auf. Zwei Tage darauf Schwellung der Tonsillen und Uvula; am Tage darauf ist diese von einem grauen Belag bedeckt, der auf die Gaumenbögen übergeht. Nach Injection von Antidiphtherieserum tritt schnelle Besserung und Abstossung der Pseudomembranen ein.

FINDER.

64) **R. Orsi. Herpes facialis im Verlaufe der Diphtherie. (L'herpes facialis nel decorso della difterite.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. No. VI. 1907.*

Unter 2400 Diphtheriekranken fand Verf. 59 (2,5 pCt.) mit Herpes facialis; der Sitz der Affection war meist an der Mundöffnung und den Nasenlöchern. Die Frage, ob der Herpes eine Krankheit per se sei oder ob er in directem Zusammenhang mit der Diphtherie steht, ist Verf. geneigt, im letzteren Sinn zu beantworten. Er sieht in dem Auftreten des Herpes übrigens ein prognostisch günstiges Zeichen.

FINDER.

65) **H. Croom** (Edinburgh). **Der therapeutische Werth von Ameisensäure bei Diphtherie. (The therapeutic value of formic acid in diphtheria.)** *Edinburgh Medical Journal. p. 337. October 1906.*

Verf. hat im Lauf der letzten 2 Jahre 600 Fälle von Diphtherie behandelt und giebt beachtenswerthe Bemerkungen über Dosirung und Einfluss von Antitoxin, sowie über den Werth gewisser Herzstimulantien, wie Digitalis, Strychnin, Adrenalin und Ameisensäure. Verf. ist der Ansicht, dass durch innerliche Darreichung der letzteren die Gefahr einer Herzlähmung herabgemindert wird und dass auch Paralysen und Albiminurie seltener werden; er plaidirt infolgedessen für ausgedehntere Anwendung dieses Mittels.

JAMES DONELAN.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

66) **G. Ferreri. Ueber die Bedeutung der Morgagni'schen Ventrikel in der Kehlkopfpathologie. (Sulla importanza dei ventricoli di Morgagni nella patologia laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. IV. 1906.*

Eine anatomische Betrachtung ergiebt, dass die Morgagni'schen Ventrikel bei der Phonation keine wesentliche, wenn überhaupt eine Rolle spielen. Nach Ansicht des Verf.'s ist der Ventrikel in Parallele zu stellen mit der Gaumen- und Zungentonsille; die von William Hilp vorgeschlagene Bezeichnung „Tonsilla laryngea" treffe das Richtige. Die Ventrikel spielen vor allen Dingen bei der

Pathogenese der Kehlkopfkrankheiten infectiöser Natur eine bedeutsame Rolle und haben also dieselbe Function, wie die anderen Anhäufungen lymphatischen Gewebes. Die Krankheitsformen, die idiopathische Affectionen des Ventrikels zu sein scheinen, wie der Prolaps, sind dies in Wirklichkeit nicht, sondern stellen nur die Ueberreste einer entzündlichen Localisation dar, die durch das lymphatische Gewebe in dem Recessus der Ventrikel hervorgerufen und begünstigt ist. Wie bei Infectionen des Darms die Peyer'schen Plaques erkranken und ulceriren, so provociren und erhalten im Larynx die Morgagni'schen Ventrikel den Krankheitsprocess; ihr Verhalten beim Typhus ist dafür ein Beispiel; denn nach Meinung des Verf.'s fehlen in der Mehrzahl der Fälle ulcerative Veränderungen des Rachens und Larynx nicht.

FINDER.

67) J. Broeckaert. **Studie über die vasomotorische Innervation des Kehlkopfs. (Etude sur l'innervation vaso-motrice du larynx.)** *La Presse otolaryngologique Belge. No. 4. 1907.*

B. kommt bei dieser Studie zu folgenden Schlüssen:

Der Halstheil des Sympathicus gebietet über die Modificatoren der Kehlkopfgefässe. Die electrische Reizung seines Stromes führt Gefässverengerung wie Gefässerweiterung herbei.

Ebenso verhält es sich mit der Reizung der Recurrens- und der Sympathicusgeflechte der Gefässe. Das Vorhandensein von gefässverengenden Fasern in diesen Nerven ist folglich nachgewiesen. Ihre Action überträfe die der gefässerweiternden Fasern, deren Anwesenheit wahrscheinlich noch hypothetisch ist.

Die Erfahrung zeigt, dass der N. laryng. super. ein Gefässerweiterer ist. Die Reizung seines peripheren Endes führt die Gefässerweiterung der Schleimhaut der Epiglottis und der Arytänoidknorpel herbei.

PARMENTIER.

68) J. Katzenstein. **Ueber Brust- und Falsettstimme. Eine historische und experimentelle Studie.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

K. giebt zuerst einen historischen Ueberblick über die Entwickelung der Frage vom Stimmbandmechanismus seit der Zeit Liscovius' bis zu den neuesten stroboscopischen Untersuchungen und berichtet demnächst über verschiedene von ihm angestellte, sehr interessante physiologische Versuche um die Thätigkeit der Kehlkopfmuskeln bei der Brust- und Falsettstimme festzustellen. Er durchtrennte bei Hunden die Trachea, sodass der Kehlkopf beliebig angeblasen werden konnte. Mittelst Anblasens und gleichzeitiger Reizung der beiden Recurrentes ist man im Stande, schöne Singtöne zu produciren, welche den Charakter der Bruststimme haben, während bei Reizung der Nn. laryngei superiores allein hohe pfeifende Falsetttöne hervorgebracht werden. Aehnliche Resultate wurden auch mittelst ausgeschnittener Kehlköpfe erzielt. Bei der Bruststimme kann der Stimmeinsatz sowohl als gehaucht als auch in Gestalt des „Coup de glotte" erfolgen, während bei der Falsettstimme nur der gehauchte Einsatz möglich ist. Für die Praxis des Kunstgesanges stellt K. an der Hand dieser Ergebnisse fest, dass, während bei der Bruststimme alle Kehlkopfmuskeln beansprucht werden, bei der Falsettstimme im Wesentlichen nur die Stimmbandspanner, in viel geringerem Grade die Schliesser

in Wirksamkeit treten; deshalb darf das Brustregister nicht zu viel in die Höhe getrieben werden, das Falsettregister muss aber in möglichst tiefer Lage beginnen.

JÖRGEN MÖLLER.

69) **James J. Campbell. Aphonie unbekannten Ursprungs und von sechsmonatlicher Dauer bei einem 2½jährigen Kind. (Aphonia of unknown origin and of six months duration in a two and one-half years old child.)** *Journal of the American Medical Association. 16. März 1907.*

Dem Kind wurde, als es 2 Jahre alt war, eines Tages vom Vater eine Dosis Castoröl eingegeben; es erfolgte sofort ein heftiger Hustenanfall und daran schloss sich persistirende Aphonie. Ungefähr 7 Monate später sah Verf. das Kind zum ersten Male; er laryngoscopirte es in Narkose und sah einen metallischen Körper auf der Oberfläche der rechten Stimmlippe liegen.

Es wurde mit der Zange eine offene Sicherheitsnadel entfernt, die 23 mm lang und 15 mm breit war. Die Spitze und der Körper der Nadel sassen in den betreffenden Ventrikeln des Kehlkopfs. Nach 36stündigem Aufenthalt im Hospital wurde das Kind entlassen und hatte eine klare Stimme. Wahrscheinlich war die Nadel, während das Kind sich sträubte, das Castoröl zu nehmen, in den Mund gerathen und durch eine forcirte Inspiration in den Kehlkopf befördert worden.

EMIL MAYER.

70) **Hudson-Makuen. Zwei Fälle von Stottern, die die Wichtigkeit frühzeitiger Behandlung zeigen. (Two cases of stammering illustrating the importance of early treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

In einem Fall war die Heilung eine vollständige, im anderen nur eine theilweise, weil sich bei dem Patienten eine Art fixer Idee festgesetzt hatte, die dem Erfolg der Behandlung direct entgegenwirkte.

EMIL MAYER.

71) **L. van Lier. Für schlecht Sprechende und Sprachgebrechige. (Voor shlecht sprekenden en sprachgebrekkigen.)** *Haag 1906.*

72) **C. Egener** und **van Eyken. Methodisch-hygienisches Sprechen. Die Heilung des Stotterns und anderer Sprachfehler. (Methodisch hygienisch spreken. Het genezen van stotteren en andere spraakgebreken.)** *Rotterdam 1906.*

73) **K. Veldkamp. Winke mit Bezug auf die Behandlung der Sprachfehler in der Klasse. (Wenken betreffende het nerhelpen der spraakgebreken in de klasse.)** *Groningen 1907.*

Die Behandlung der Sprachfehler ist in Holland gänzlich in den Händen von Laien, von welchen die Mehrzahl Autodidacte oder doch nur von Praktikern ohne wissenschaftliche Kenntnisse ausgebildet worden sind. Dieser grundsätzliche Fehler macht sich oft in ihren Schriften kund, ganz hervorragend in der van Lier'schen Broschüre.

Die beiden übrigen Publicationen stehen sehr viel höher. Beide sind für Lehrer bestimmt. Herr Veldkamp ist ein tüchtiger Phonetiker.

H. BURGER.

74) W. Beaman. **Ein Fall von Verlust der Sprache infolge Schreck. (A case of loss of speech from fright.)** *Lancet. 18. December 1906.*

Ein kräftiger gesunder Mann von 25 Jahren verlor plötzlich beim Anblick des Leichnams seines Freundes die Sprache. Es wurden 5 ccm Aethylchlorid angewandt und ihm gesagt, dass, wenn er aufwachen würde, er wieder im Besitz seiner Sprache sein würde. Solange er noch zum Theil unter Einwirkung des Anästheticums stand, sprach er ganz gut, sobald er aber wieder zu sich kam, konnte er nur noch mit Schwierigkeit sprechen. Dasselbe war bei einem am nächsten Tage wiederholten Versuch mit Aethylchlorid der Fall. Nach Anwendung von Bromkali trat in 3 Tagen Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

75) A. Perretière. **Die Ursachen der Stimmkrankheiten. (Les causes médicales des maladies de la voix.)** *Province médicale. 9. März 1907.*

Eine Uebersicht über die Einflüsse, die durch entferntere Krankheiten, die nicht die Phonationsorgane selbst betreffen, auf die Stimme ausgeübt werden, Krankheiten des Nervensystems, des Circulationsapparates, diathesische Einflüsse etc.

GONTIER DE LA ROCHE.

76) Zieciakiewicz. **Ueber den Einfluss der unregelmässigen Emission auf Stimmstörungen bei Sängerinnen. (O wplywie nieprawidlowej Emissyi na zabukenia glosowe w spiewakór i spiewaczet.)** *Gazeta Lekarska. No. 11, 12, 13. 1907.*

Verf. giebt uns die häufigsten Ursachen von Kehlkopfstörungen bei Sängern: Der falsche Gebrauch des „Coup de glotte“ (Ansatz) führt zu starker Hyperämie des Larynx, dann zu Extravasaten, Erosion auf den Stimmbändern zu chronischem Kehlkopfkatarrh, zur Bildung sogenannter Sängerknötchen (am häufigsten bei Coloratursängerinnen) und zu Pachydermie des Kehlkopfes. Auf die Stimmstörungen übt einen grossen Einfluss aus die sogenannte künstliche Immobilisirung des Kehlkopfes in toto während des Stimmactes, wodurch öfters die sogenannte Pharyngitis granulosa, manchmal auch Insufficienz der Kehlkopfmuskulatur mit leichter Erschöpfung des Stimmapparates entstehen. Weiter beschreibt Verf. verschiedene Maassregeln, die sich beziehen auf Wahl des entsprechenden Vocals für die Anfangsstudien, die Vertheilung der Stimme auf Register, die Bezeichnung des Uebergangstones vom Brust- zum Kopfregister u. s. w. Endlich beschreibt Verf. die anatomischen Kennzeichen der verschiedenen Arten von Stimmen (Bass, Baryton, Tenor, Alt, Sopran) und kommt zur Ueberzeugung, dass mittelst Kehlkopfspiegels es schwierig sei, die Art der Stimme zu bestimmen.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) Lazarraga (Malaga). **Kehlkopflähmung hysterischen Ursprungs: Heilung durch Suggestion. (Paralysie du larynx d'origine hystérique. Guérison par la suggestion.)** *Gaceta medica de Granada. 27. Mai 1906.*

Nichts Neues.

TAPIA.

78) R. Imhofer (Prag). **Stimmbandparesen als Vorläufer einer Laryngitis acuta.** *Prager med. Wochenschr. No. 12. 1907.*

Bei zwei Tenoristen konnte I. beobachten, dass eine acute Laryngitis mit

leichten Internusparesen eingeleitet wurden, in einem dritten Falle handelte es sich um eine Parese bei einer beginnenden Recurrenslähmung, an die sich nach einigen Tagen das spastische Bild einer acuten Laryngitis anschloss. Hinweis auf die diagnostische Bedeutung dieser Erscheinung namentlich bei Sängern.

CHIARI.

79) **Sedziak. Beitrag zur Lehre von Lähmung des Nervus recurrens, toxischen Ursprungs. (Przyczynek do kwestyc porazen nerwu krtaniowego dolnego pochodzenia toksycznego.)** *Przeglad Lekarski. No. 2. 1907.*

80) **Sedziak. Beiderseitige Lähmung des Nervus recurrens. (Obustronne porazenie calkowite nerwu krtaniowego dolnego.)** *Przeglad Lekarski. No. 9, 10. 1907.*

81) **Sedziak. Beitrag zur Frage von Lähmung des linken Recurrens traumatischen Ursprungs. (Przyczynek do kwestyc porazen nerwu krtaniowego dolnego pochodzenia urazowego.)** *Nowiny Lekarskie. No. 3. 1907.*

Vorliegende Arbeiten bilden Fragmente einer grösseren Arbeit über die Aetiologie der Recurrenslähmung. In der ersten Arbeit stellt Verf. 95 diesbezügliche Fälle aus der Literatur zusammen (Paralysis toxica), darunter 3 eigene (Paralysis bilateralis causa typhi abdominalis) und 2 Paralysis postici dextri, Rheumatismi causa.

In der zweiten Arbeit stellt Verf. 92 Fälle vollständiger Lähmung des Nervus posticus, darunter 5 eigene, zusammen (Paralysis bulbaris, Tabes dorsalis, Graviditas, Hypertrophia glandularum mediastini).

In der dritten Arbeit zeigt uns Verf. 47 Fälle von Recurrenslähmung traumatischen Ursprungs, davon 7 eigene Fälle (Paralysis postici duplex, causa hysterotrauma, Paralysis post. dextr. et paral. recurrent. dextri corporis alieni causa. Die Gesammtzahl der von Verf. gesammelten Fälle aus der Literatur überschreitet die Zahl 1000, darunter über 200 eigene Fälle.

A. v. SOKOLOWSKI.

82) **Landesberg** (Wien). **Zur Frage der Lähmung des Recurrens auf functioneller Basis.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61. 1907.*

Eine bei einem bisher ganz gesunden jungen Manne plötzlich aufgetretene linksseitige Recurrenslähmung hält L. für eine functionelle Lähmung und macht darauf aufmerksam, dass manche Fälle mit unbekannter Aetiologie in dieser Weise eine befriedigende Erklärung (Toxische Lähmung? D. Ref.) finden könnten und damit die Zahl der sogen. rheumatischen Lähmungen ohne Rheumatismus abnehmen würde.

SEIFERT.

83) **R. D. Patterson** (Cardiff). **Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *British Medical Journal. II. p. 1447. 1906.*

Verf. hat der Untersuchung des Kehlkopfes während des Anfalls besondere Aufmerksamkeit zugewendet; er sieht in der Untersuchung mit dem Killian'schen Röhrenspatel das einzige Mittel zur genauen Beobachtung. Er fand, dass bei der Inspiration die Weichtheile am Ringknorpel mit Einschluss der Arytaenoid- und Interarytaenoidfalten nach unten und vorwärts in den Larynx hineingezogen wurden, und zwar in schweren Fällen in dem Maasse, dass der obere Rand des

Ringknorpels als eine querverlaufende Falte durch die gespannte Schleimhaut hindurchscheint. Der Stridor wird durch diese Bewegung hervorgerufen. Verf. findet keine Missbildung, ausser einer übermässigen Ausbildung der natürlichen Krümmung der Epiglottis. Es besteht kein Anzeichen von abnormem Athmen; bei tiefer Narkose ist die Athmung regelmässig und der Stridor doch sehr ausgesprochen.

JAMES DONELAN.

84) **M. Hajek** (Wien). **Alljährlich wiederkehrender tonischer Glottisspasmus (Tetanie?).** *Wiener med. Wochenschr. No. 14. 1907.*

Nach einer Demonstration in der Wiener laryngologischen Gesellschaft. Seit dem Jahre 1903 tritt alljährlich Mitte Februar bei einem Patienten, welcher 1898 strumectomirt wurde, grosse Dyspnoe auf, welche ca. 8 Wochen dauert und 1901 sogar die Tracheotomie nöthig machte. Nach 3 Wochen Decanulement, danach laryngoskopischer Befund normal. Die nunmehrige Untersuchung des Larynx während einer solchen Dyspnoe ergiebt, dass die Stimmbänder in der Adductionsstellung aneinandergepresst verharren und nur selten blitzartige Abductionsbewegnngen machen, also eigentlich keine Remission des Laryngospasmus besteht. Wiewohl sonst ausser der Beschäftigung des Patienten — Schuhmacher — und der Zeit der Anfälle — Februar — gar nichts für Tetanie spricht, ist diese Diagnose nicht von der Hand zu weisen.

CHIARI.

85) **Mendelsohn** und **Kuhn** (Berlin). **Beobachtungen über kuhmilchfreie Ernährung bei dem Laryngospasmus, der Tetanie und Eklampsie der Kinder.** *Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 44. 1906.*

Die Beobachtungen stützen sich auf 50 hinreichend lange beobachtete Fälle, die zeigen, dass bei jedem Falle von schwerem Laryngospasmus die Kuhmilchentziehung zu versuchen ist, und zwar mindestens so lange, als es gelingt, die Kinder ohne wesentlichen Gewichtsverlust zu erhalten.

SEIFERT.

86) **Lanza. Plötzlicher Tod eines Säuglings während eines Anfalls von Laryngospasmus. (Morte improvvisa di un lattante durante un acesso di laringospasmo.)** *Gazzette aegli ospedali e delle cliniche. 25. Februar 1906.*

8 Monate altes Mädchen ohne Erscheinungen von Rachitis, das, nachdem es seit 2 Monaten an laryngospastischen Anfällen litt, plötzlich in einem solchen Anfall starb. Bei der Autopsie fand sich eine Hyperplasie des ganzen Lymphsystems und eine Vergrösserung der Thymus.

FINDER.

87) **Arnold Netter. Anwendung von Calciumchlorür bei Tetanie, Spasmus glottidis, Stridor laryngis etc. (Administration du chlorure de calcium dans la tétanie, les spasmes de la glotte, la laryngite striduleuse etc.)** *Société de Biologie. 9. März 1907.*

In den mitgetheilten Fällen soll die Anwendung des Calciumchlorürs sehr befriedigende Resultate gegeben haben. In einem Fall betrug die Dosis 0,15, in dem anderen 2 g pro die.

GONTIER de la ROCHE.

88) **A. Cavasse. Das Agens beim Keuchhusten. (L'agente della pertosse.)** *Gazzett. degli ospedali e cliniche. 19. März 1907.*

Im Jahre 1904 beschrieb C. einen aus dem Sputum Keuchhustenkranker isolirten Coccobacillus. Jetzt hat er diesen isolirt, indem er das Sputum Kaninchen subcutan injicirte. Der Mikroorganismus färbt sich mit den gewöhnlichen Mitteln nicht, dagegen mit Phenol-Thionin. Injection bei Thieren führt den Tod herbei, und zwar entweder am 3. oder 4. Tage, indem mitten im besten Wohlbefinden ein brüsker Anfall von Kehlkopfspasmus und Asphyxie eintritt oder nach mehreren Stunden spastischen Athmens oder auch erst am 6. bis 11. Tage unter Anorexie, Diarrhoe, Abmagerung und gleichzeitiger Parese oder Lähmung der hinteren Extremitäten, bisweilen auch erst nach einem Monat nach mehr oder minder schneller Kachexie.

Bei der Autopsie findet man in den ersten beiden Tagen nur eine reine Septikämie; erwähnenswerth ist, dass die Nebennieren gross, dunkelfarbig sind nnd eine dicke, schwarze Flüssigkeit enthalten. Die nicht gestorbenen Thiere können mittels tödtlicher Dosen ungefähr für $3^1/_2$ Monat immunisirt werden.

FINDER.

89) **Zanoni. Suprarenintherapie beim Keuchhusten. (Opoterapia surrenale nella pertosse.)** *Il Policlinico. Sez. pratica. Fasc. 52. 1905.*

Verf. hat nach interner Darreichung von Nebennierenextract innerhalb weniger Tage eine Verminderung der Intensität und in der Zahl der Anfälle eintreten sehen. Seine Statistik betrifft ca. 1000 Fälle. Die Dauer der Kur, die stets ohne Nachtheile vertragen wurde, belief sich auf 5—10 Tage.

Von diesen Ergebnissen ausgehend meint Verf., der Keuchhusten sei eine im wesentlichen mit circulatorischen Störungen in gewissen Theilen des Respirationstractus in Zusammenhang stehende Erkrankung, die durch ein infectiöses Agens hervorgerufen wird und deren Dauer man durch eine Veränderung der circulatorischen Bedingungen in diesem Gebiet abkürzen könne. FINDER.

90) **Zanetti. Beobachtungen über die Therapie beim Keuchhusten. (Osservazioni sulla terapia della pertosse.)** *Gazzett. degli ospedali e delle cliniche. 1906.*

Verf. hat unter 19 Fällen, die er mit dem von Zanoni empfohlenen Nebennierenextract behandelt hat, in 13 günstige Resultate erzielt. FINDER.

91) **Peters Hald. Ueber Hypo-pharyngoskopie. (On hypo-pharyngoscopy.)** *Lancet. 28. Mai 1907.*

Verf. beschreibt die van Eicken'sche Untersuchungsmethode und erörtert die Fälle, in denen sie nützlich ist. ADOLPH BRONNER.

92) **M. Senator. Ueber subglottische Laryngoskopie. (Concerning subglottic Laryngoscopy.)** *N. Y. Medical Journal. 9. März 1907.*

S. berichtet über einen Fall, in dem er durch die Gerber'sche Methode der subglottischen Laryngoskopie in den Stand gesetzt wurde, einen kleinen Tumor an der Unterfläche der Stimmlippe zu diagnosticiren. Die Untersuchung geschieht

mittels eines für diesen Zweck besonders construirten Spiegels, der so in den Larynx eingeführt wird, dass die Unterfläche des Stimmbandes in das Auge des Untersuchers reflectirt wird.

LEFFERTS.

93) **Notiz des Herausgebers. Subglottische Laryngoskopie. (Subglottic Laryngoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 16. Februar 1907.*

Eine Beschreibung der Gerber'schen Methode zur Sichtbarmachung der Unterfläche der Stimmbänder.

LEFFERTS.

94) **Creswell Baber. Schnurrbartklammern für die Laryngoskopie. (Moustache clips for Laryngoscopy.)** *Lancet. 30. März 1907.*

Die Klammern werden an beiden Seiten des Schnurrbarts angelegt. Illustrirt. Angefertigt bei Mayer und Meltzer, 71 Great Portland Street, London.

ADOLPH BRONNER.

f. Schilddrüse.

95) **David Marine. Die Histologie der Schilddrüse beim einfachen und toxischen (Basedow'schen) Kropf nebst Bemerkungen über ähnliche Veränderungen beim Hunde. (The histology of the thyroid in simple and toxic [exophthalmic] goitre with remarks on similar changes in the dog.)** *Cleveland Medical Journal. Februar 1907.*

Auf Grund sorgfältiger Untersuchung von über 200 Hundeschilddrüsen kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen:

1. Histologische Veränderungen in der Schilddrüse sind nicht mit histologischen Veränderungen in den Parathyroiddrüsen verbunden, ausser in Folge mechanischer Dehnung oder Druckes.

2. Kropf findet sich in verschiedenem Grade bei ca. 90pCt. aller Cleveland-Hunde.

3. Die Drüsenhyperplasie ist als physiologische Reaction seitens der Drüse auf einen in den Geweben vorhandenen Defect aufzufassen; welcher Art dieser ist, lässt sich nicht klar sagen.

4. Verf. stellt die Hypothese auf, dass die hyperplasirte Drüse zwar quantitative Hypersecretion, jedoch qualitative Hyposecretion zeige, indem ein Bestandtheil des Secrets in geringer Menge ausgeschieden wird. Es würden dann die anderen Secretbestandtheile, um diesen Defect auszugleichen, in vermehrter und toxisch wirkender Menge ausgeschieden werden.

EMIL MAYER.

96) **M. L. Ableman. Moebius Serum bei Kropf. (Moebius serum in goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 27. October 1906.*

Verf. hat in einem Fall von Basedow ausgezeichnete Resultate mit Antithyreoidin erzielt. Der Fall betraf ein 13jähriges Mädchen; die Dosis bestand in 2—12 Tropfen dreimal täglich, 20 Tage lang gegeben. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Der Exophthalmus, die Pulsbeschleunigung und der Allgemeinzustand besserte sich erheblich.

LEFFERTS.

97) **Freund. Die Röntgenbehandlung des Morbus Basedow. (The Roentgen ray treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1907.*

Verf. hält die Röntgenbehandlung für diejenige, die die befriedigendsten Resultate giebt. Er beschreibt 5 Fälle, bei denen erhebliche Besserung oder augenscheinliche Heilung herbeigeführt wurde. In drei Fällen war überhaupt keine andere Behandlung versucht worden, sodass man entweder an die Wirkung der Röntgenstrahlen oder an eine Spontanheilung denken muss. Am besten findet Verf. die Prognose bei Struma vasculosum, während sie bei harten Knoten zweifelhafter ist. Die Wirkung ist um so evidenter, je weniger lange die Krankheit besteht.

LEFFERTS.

98) **Caro. Morbus Basedow und Pseudoleukämie. (Exophthalmic goiter and pseudoleukemia.)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1907.*

Verf. vermuthet, dass möglicherweise Morbus Basedow und Pseudoleukämie manches gemeinsam haben könnten und spricht die Ansicht aus, dass die Pseudoleukämie das Resultat der Allgemeinintoxication darstellt, die wir als Basedow'sche Krankheit bezeichnen. Er berichtet über einen Fall, in dem unter Erscheinungen von Hyperthyreoidismus der Tod nach einer partiellen Strumectomie eintrat. Ein Zeichen für die Schwere der Autointoxication bestand darin, dass Injection von vor der Operation entnommenem Urin bei Meerschweinchen keine Symptome hervorrief, dass aber eine Injection mit derselben Quantität Urin, der nach der Operation entnommen war, in kurzer Zeit den Tod herbeiführte. Bemerkenswerth war ferner in dem Fall der hohe Procentgehalt der Schilddrüse an Jod.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

99) **W. H. Eager. Angeborene Atresie des Oesophagus. (Congenital atresia of oesophagus.)** *Maritime Medical News. Februar 1907.*

Es konnte nicht einmal ein filiformes Bougie passiren. Tod am 7. Tage.

EMIL MAYER.

100) **Bass** (Wien). **Beiträge zur Behandlung der Laugenverätzungen der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1907.*

Die Behandlung der frischen Verätzung soll möglichst bald nach Abklingen der acuten Erscheinungen beginnen. Weiche, mit Bleidraht gefüllte Bougies.

In späteren Stadien und hochgradigen Stricturen richtet sich die Behandlung nach dem Ernährungszustand des Patienten: Gastrostomie, „Bougirung ohne Ende".

Bei schwer sondirbaren Stricturen und relativ gutem Ernährungszustande: Behandlung mit Thiosinamininjectionen (15 proc. Lösung, 2—3 mal wöchentlich $^1/_2$—1 Spritze).

Der Thiosinaminjection hat stets eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers vorauszugehen, ob nicht etwa frische Operationsnarben, Tuberculose etc. diese Behandlung contraindicirt.

CHIARI.

101) **Botey** (Barcelona). **Directe und indirecte Oesophagoskopie und Tracheo Bronchoskopie. (La esofagoscopia y la traqueo-broncoscopia directas y reflages.)** *Archivos de rinologia, laringologia y otologia. No. 143—145.*

Zusammenfassende sehr interessante Studie.

TAPIA.

102) **Sargnon. Einige Fälle von Oesophagoskopie; ihre Anwendung in der Diagnostik und Behandlung der Narbenstenosen des Oesophagus. (Quelques cas d'oesophagoscopie; de l'oesophagoscopie dans le diagnostic et le traitement des sténoses cicatricielles de l'oesophage.)** *Lyon médical. No. VII. 14. Februar 1907.*

Der erste Fall betrifft ein Kind, bei dem eine Narbenmembran den Oesophagus vollständig verlegte und bei dem die Gastrotomie ausgeführt war. Unter Leitung des Oesophagoscops wurde die Oesophagotomia interna ausgeführt, doch trat der Tod in Folge Bronchopneumonie ein.

Im zweiten Fall bestand ebenfalls bei einem Kind oberhalb einer impermeablen Strictur ein Divertikel des Oesophagus, Gastrotomie. Dilatation der Strictur auf ösophagoscopischem Wege.

Die anderen Beobachtungen betreffen Fälle von Carcinom der Cardia und Spasmen mit und ohne Ulcerationen.

BRINDEL.

103) **Tapia. Fischgräte im Oesophagus eingeklemmt. Oesophagoskopie. Extraction. (Espina de pescado clavada en el esofago. Esofagoscopia. Extracion.)** *La Clinica Moderna de Zaragoza. April 1907.*

Mann von 32 Jahren. Unter Localanästhesie wird in sitzender Stellung ein Rohr von 13 mm Lichtung eingeführt und die 35 cm von der Zahnlinie sitzende Gräte extrahirt.

AUTOREFERAT.

104) **Piétri. Diagnostik und Extraction eines Fremdkörpers im Oesophagus durch die Oesophagoskopie. (Diagnostic et extraction d'un corps étranger de l'oesophage per oesophagoscopie.)** *Annal. de méd. de Bordeaux. No. X. März 1907.*

Es handelte sich um ein von einem Kranken sehr hastig verschlungenes grosses Stück Fleisch, das oberhalb der Cardia stecken geblieben war. Klinisch dachte man an eine Verengung des Oesophagus in Folge Neubildung oder Aneurysma. Die Oesophagoscopie liess den Fremdkörper entdecken und er konnte sofort extrahirt werden.

BRINDEL.

105) **Guisez. Extraction eines im Oesophagus eingekeilten Gebisses. (Extraction d'un dentier enclavé dans l'oesophage.)** *Société de l'internat. des hôpitaux de Paris. 23. Mai 1907.*

Verf. demonstrirt ein Gebiss, das er aus dem Anfangstheil des Oesophagus bei einer 80jährigen Frau extrahirt hat.

A. CARTAZ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **L. Grünwald** (München-Reichenhall). **Die Therapie der Kehlkopftuberculose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokausticchen Tiefenstich und äussere Eingriffe.** Lehmann's Verlag. 1907.

Dieses aus reicher Erfahrung, gründlichen Studien und verständiger Kritik geschriebene Büchlein sei zur Lectüre bestens empfohlen. Die mannigfaltige Gestaltung der Larynxtuberculose hat nach G.'s Meinung nicht selten zu Verwechslung mit anderen Krankheiten Anlass gegeben und darum über den Werth mancher sogenannten Heilmittel zu Irrthümern geführt. Dazu kommt, dass die einzelnen Formen eine prognostische Verschiedenheit aufweisen. So deutet die Unverletztheit der Oberfläche im vorgerückten Stadium einen günstigeren Verlauf an, dagegen ist eine Geschwürsbildung prognostisch ungünstiger, weil der Secundärinfection freier Zugang verschafft ist, der man andererseits wieder durch Bedeckung des Defectes vorbeugen kann. Daher geben Milchsäure, Menthol und andere ähnliche Mittel manchmal gute Resultate, wenn die Ulcerationen nicht auf infiltrirtem Grunde oder sehr versteckt oder öfteren mechanischen Reizen ausgesetzt sind.

Die Heilbarkeit ist dann abhängig von der Lage des Tuberkeldepots; sie können gleichzeitig der Tiefe nach in weit auseinander liegenden Stellen sitzen, sodass, während eine Heilung des oberflächlichen Infiltrats eingetreten, das tiefer liegende noch garnicht beeinflusst worden ist, also eine Heilung durchaus noch nicht zu verzeichnen ist, eine solche aber oft schon angenommen wird (mikroskopische Bilder).

Die Tiefeninfiltrate sind atypisch entzündliche oder typisch tuberculöse. Ein wichtiger Factor für die Heilbarkeit ist die Gewebsreaction. Die dicke Epithelschicht der gutartigen Formen der Kehlkopftuberculose ist geeignet, die Tiefenproducte des Tuberkelbacillus der Gewebsreaction auszuliefern; jede Zerstörung der intacten Oberfläche kann gelegentlich mehr schaden, als die gleichzeitigen therapeutischen Maassnahmen nützen (Curettement); kein Mittel kann unter allen Umständen die Eliminirung sämmtlicher Herde garantiren.

Weiter spielt eine grosse Rolle die individuelle Widerstandsfähigkeit; diese ist besonders vorhanden, wenn in längeren Zwischenräumen verschiedenst localisirte periphere Herde in langsamer Progredienz auftreten, oder wenn eine Verbesserung der äusseren Verhältnisse und Wegräumung schädlicher Momente einen günstigen Einfluss auf den Kranken hat. Nicht genügend bewerthet wird oft die Complication mit Lungentuberculose; schreitet diese fort, so bietet die locale Behandlung der Kehlkopfaffection ungünstigere Aussichten; wenngleich nicht selten eine Incongruenz bei den Erkrankungen beobachtet wird, so beeinflusst doch die Lungenaffection die des Larynx und ist für sie prognostisch wichtig.

„Die Behandlung des Kehlkopfes darf nur im Rahmen der Allgemeinbehandlung beurtheilt und ausgeführt werden; sie soll möglichst früh einsetzen, doch besteht auch in vorgerückteren Stadien kein Grund, sie zu unterlassen, schon um die Beschwerden zu lindern oder zu beseitigen. Zur Vermeidung späterer Nachtheile sind functionell wichtige Partien ebenso wie noch nicht behandelte Frühherde zunächst probeweise streng conservativ zu behandeln; jedoch recht-

fertigt nur ausgesprochen günstige Reaction längeres Verweilen bei diesen milden Maassnahmen.

Eine wirksame Localtherapie muss auch bei initialen und scheinbar oberflächlichen Erkrankungen bereits in die Tiefe greifen. Zur Verhütung directer Schäden darf die unversehrte Oberfläche nicht wesentlich beschädigt werden; auch dürfen die operativen Maassnahmen keinen Weg zur Infectionsverbreitung schaffen (eine gewiss oft recht schwierige Aufgabe! Ref.). Ebenso dürfen weder Kräfte noch Ernährungszustand in erheblicher Weise oder für längere Zeit unter der Behandlung leiden. Diese soll in erster Linie die völlige Ausrottung des örtlichen Herdes zum Ziele haben, muss aber mit der Möglichkeit des Zurückbleibens einzelner abgelegener Depots rechnen, sodass jahrelange Controlle und Nachbehandlung einen wesentlichen Bestandtheil der Therapie bildet."

G. empfiehlt zur Behandlung den galvanocaustischen Tiefenstich; er erreicht auch tief gelegene Herde, setzt zum Mindesten durch nachträglich auftretende Reaction und Narbenbildung dem Vorschreiten des Processes ein Ziel, wirkt in die Nachbarschaft der getroffenen Stelle; die danach auftretende Reaction ist gering. Oberflächliche Eruptionen behandle man mit dem Flachbrenner.

Perichondritische und sehr ausgedehnte Processe erfordern äussere Eingriffe; ihre Gefahren und Nachtheile gegenüber anderen Methoden werden im Allgemeinen überschätzt. Operationsinfectionen der Canülenwege können sicher (? Ref.) vermieden werden, eine miliare Verbreitung der Tuberculose durch Eröffnung von Blutbahnen ist selten beobachtet worden, eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens durch die Operation ist nicht unvermeidlich und die Bildung von Stenosen im Anschluss an sie sind nicht nothwendige Folgen der Operation an sich.

G. stellt eine Reihe äusserlich operirter und geheilter Fälle verschiedener Autoren zusammen und scheidet sie nach Alter, Beschaffenheit des Kehlkopfes, Dauer der Erkrankung und ihrem Verhältniss zu den Lungenerkrankungen. Die wichtigste Frage bei der Operation ist die, ob eine vollkommene Ausrottung des Krankhaften möglich resp. welcher Weg dazu der geeignetste ist. Die Prognose des radicalen Eingriffs ist um so günstiger, je länger die Erkrankung bereits gedauert, ein ungünstiger Zustand der Lunge schliesst den Erfolg eines energischen Eingreifens nicht ohne Weiteres aus.

Dagegen sei man mit der Operation zurückhaltend bei nur einigermaassen stark entwickelter klinisch primärer Kehlkopftuberculose. Vorbedingungen für eine äussere Operation sind die Wahrscheinlichkeit der Ausheilung, leidlicher Allgemeinzustand u. a. Die Laryngofissur kommt in Betracht, wo die Erkrankung sich im Wesentlichen auf das Kehlkopfinnere beschränkt, die Laryngotomia subhyoidea für manche Fälle von Erkrankung des Larynxeingangs, insbesondere wenn die unteren Rachentheile mit betheiligt sind, die Pharyngotomia subhyoidea bei Affectionen des Kehlkopfeingangs und Rachens, die partielle Resection für schwere Perichondritis, die Totalexstirpation bei Unmöglichkeit, den Kehlkopf wieder in brauchbaren Zustand zu versetzen neben günstigsten Aussichten für den Allgemeinzustand, die Tracheotomie nur bei schweren Stenosen.

Zum Schluss bespricht G. die Technik der äusseren Eingriffe. Wenngleich gewiss nicht jeden Laryngologen seine Erfahrungen zu denselben Resultaten

führen werden und geführt haben, so muss man doch anerkennen, dass Verf. überall Schärfe der Beobachtung und kritisches Studium vereint, sodass seine Arbeit als eine recht lesenswerthe bezeichnet werden kann. A. Rosenberg.

---

b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Januar 1907.

Grunmach zeigt Diapositive einer mittelst Röntgenstrahlen untersuchten Oberkiefergeschwulst, die, wahrscheinlich ein Sarkom, merkwürdigerweise schon 10 Jahre besteht und dem Patienten keine Beschwerden macht.

Lennhoff demonstrirt einen sogenannten Nasenrachenpolypen, der in seinem nach hinten gelegenen Theil gangränös geworden war.

Barth: Röntgenographische Beiträge zur Stimmphysiologie.

Bei der röntgenographischen Fixirung der Form des Ansatzrohres bei den verschiedenen Vocalen ist die Hauptschwierigkeit, die Zunge deutlich auf der Platte sichtbar zu machen. Er erreicht dies aber durch Einlegen eines leichten metallenen Kettchens über die Zunge hinweg bis in die Vallecula.

Es ergab sich beim a als Form des Ansatzrohrs die des Trichters, beim i die Flaschenform, wobei der hintere Theil auffallend gross ist und der Kehlkopf weit nach vorne tritt. Beim u sieht man einen lang ausgezogenen, ziemlich schmalen Raum und eine Verengerung zwischen Zungengrund und hinterer Rachenwand. Beim ae ist die vordere Hälfte des Ansatzrohrs etwas schmäler als beim a, die hintere Hälfte erweitert sich erheblich; beim e vorne erhebliche Verengerung und Typus des i. Beim ao unterscheidet sich die Form von der bei a nur durch die Lippenform; beim o ist der Kanal vorne schmäler: oe zeigt sich als Combination von o und e, ue als eine solche von i und u.

Die Röntgenuntersuchung giebt uns weiter Aufschluss über die Bewegungen des Kehldeckels und über gesangliche Fehler in der Stimmbildung, über das sog. Pressen und Knödeln.

Scheier weist auf seine früheren röntgenologischen Untersuchungen hin. Das Einlegen eines Kettchens macht ein natürliches Sprechen unmöglich; ausserdem zeigt uns dies nur den Contour der Zungenmitte, aber nicht die der Seitentheile.

Gutzmann verweist auf seine 1899 vorgenommenen röntgenologisch-sprachphysiologischen Untersuchungen. Die Belastung der Zunge mit dem Kettchen ist nicht gleichgültig. Die erzielten Resultate bringen übrigens nichts Neues; der weite Kehlraum beim i scheint ihm doch etwas bedenklich zu sein. Das Knödeln war Garcia schon bekannt.

B. Fränkel: Das Röntgenbild hat uns vieles, was wir halb wussten, halb vermutheten, zur Anschauung gebracht. Ueber die Zungen- uud Epiglottisbewegung beim i wussten die Laryngologen schon lange gut Bescheid.

v. Zander hält die Belastung der Zunge mit dem Kettchen für nicht bedeutungsvoll.

Katzenstein dagegen glaubt, dass insbesondere die Bewegungen der Epi-

glottis dadurch beeinflusst werden. Er warnt davor, auf Grund dieser Untersuchungen kunstgesangpädagogische Paradigmen aufzustellen.

Grunmach widerspricht dem, indem er gerade auf den Unterschied des Resonanzraums bei Kunst- und Nichtsängern hinweist.

Barth: Die Zungenbelastung mit dem Kettchen bedingte keine Störung der Aussprache. Diese Untersuchungen sind auch für die Pädagogik wichtig.

Sitzung vom 22. Februar 1907.

Barth stellt einen 58jährigen Patienten mit functionellem inspiratorischen Stimmritzenkrampf vor und einen Patienten mit Sängerknötchen, deren Entstehung er davon herleitet, dass sich beim Phoniren der laryngeale Theil der Epiglottis auf die Glottis senkt, während der pharyngeale Theil aufgerichtet steht. Das Tuberculum epiglottidis drückt bei maximaler Annäherung zwischen Zungenbein und Schildknorpel auf die Taschenbänder und nähert sich den Stimmbändern fast zur Berührung.

Davidsohn zeigt eine Patienten mit primärem Schleimhautlupus des Nasenbodens, der unteren Muscheln, des Velum, des Zungengrundes, der Plicae aryepigl. und der Epiglottis.

Lennhoff stellt eine Patientin mit recidivirendem Nasenbluten vor; in der Gegend des Jochbogens hatte sie eine schmerzhafte Schwellung, die sich auf dem Röntgenschirm als ein diffus begrenzter, ziemlich ausgedehnter Schatten bemerkbar machte. Am vorderen Ende der mittleren Muschel fand sich eine rauhe, bei Berührung leicht blutende Stelle. Antisyphilitische Behandlung erfolglos.

Grabower und Schötz halten das Leiden für syphilitisch.

G. Rosenthal zeigt einen Patienten mit einer Kiefercyste.

Finder berichtet über einen Patientin, die während der Gravidität an Kehlkopftuberculose litt; diese besserte sich unter entsprechender Behandlung, verschlechterte sich aber innerhalb des nächsten Monats, in dem sie sich der Behandlung entzog, rapide und es wurde andererseits der künstliche Abort eingeleitet. Darauf Besserung. Neue Gravidität ohne Verschlechterung des Zustandes.

Waldeyer demonstrirt Präparate, an denen der Agger nasi und der Proc. uncinat. fast wie Muscheln erscheinen; nnd andere, an denen die Stirn- und Keilbeinhöhlen sehr grosse Ausdehnung haben; letztere reichen weit in die Temporalgrube hinein.

Benda zeigt einen Kehlkopf mit gichtischen Ablagerungen im Cricoarygelenk, einen zweiten mit solchen im Perichondrium der Knorpel, besonders an der Cart. thyr. und einen dritten, bei dem in dem rechten Stimmband eine gichtische linsengrosse Hervorragung und ein Tophus in der Tiefe der Mucosa und im Perichondrium und im Cricoarygelenk lagen.

A. Rosenberg theilt mit, dass schon Petrus Borellus 1653 den Concavspiegel zur Belichtung der Höhlen anwandte.

Ferner zeigt er ein Stück Speck mit Knochen, das er einer Patientin aus dem Sin. piriform. gezogen hat. Das laryngoskopische Bild erinnerte an das eines tiefsitzenden Pharynxcarcinoms und erst die hypopharyngoskopische Untersuchung brachte volle Klarheit.

Sitzung vom 22. März 1907.

H. J. Wolff zeigt die Präparate einiger Nasentumoren. Der erste war ein den Naseneingang zum Theil ausfüllender harter glatter Tumor des Nasenflügels bei einem 8jährigen Knaben, der ein hartes Fibrom darstellte. Die beiden nächsten sassen an der unteren Muschel resp. am Nasenboden, bluteten stark und zeigten sich histologisch als gefäss- und zellreiche Fibrome. Ein vierter entsprang aus der Septumschleimhaut, hatte blumenkohlartiges Aussehen und zeigte papillären Bau. Der nächste war ein Choanalwandpolyp und hatte in der Mitte ein knöchernes Maschenmark.

E. Meyer demonstrirt einen Fall von erschwertem Decanulement. Das Kind war wegen Diphtherie tracheotomirt worden und bekam eine Trachealstenose. Diese wurde durch O'Dwyer'sche Tuben erweitert.

Grabower stellt eine 63jährige Frau vor mit Lähmung des linken Velum, einer nicht ganz ausgebildeten linksseitigen Recurrens- und einer rechtsseitigen Posticuslähmung. Diese Combination zeigt wieder, dass der Vagus der motorische Kehlkopfnerv ist. Vielleicht handelt es sich bei der Pat. um eine beginnende Tabes.

Kuttner hat mit E. Meyer zusammen eine Reihe von Recurrensfällen untersucht und keinerlei Abweichung der Sensibilität von der Norm gefunden. In einem Falle, in dem bei der Operation eines Pharynx-Larynxcarcinoms der Larynx sup. durchschnitten wurde, zeigte das entsprechende Stimmband bei der Berührung keine Reaction.

Lennhoff zeigt einen Pat. mit zottiger Hyperplasie der Schleimhaut der Nasenscheidewand.

Kuttner stellt einen Patienten vor, dem er wegen seiner Ozaena 20—25 Paraffininjectionen gemacht hat; darnach ist die Schleimhaut roth und dicker geworden und der Zustand hat sich sehr gebessert.

Benda zeigt zwei Präparate von abnorm grossen Keilbeinhöhlen; sie reichen weit in die grossen resp. kleinen Keilbeinflügel hinein.

Kuttner zeigt Präparate von Carcinoma pharyngis et laryngis und ein solches von Caries der mittleren Nasenmuschel; diese hatte sich als Sequester nach einer Scharlach-Siebbeineiterung abgestossen.

E. Meyer bestätigt aus seiner Erfahrung das relativ häufige Vorkommen von Nebenhöhleneiterungen bei Kindern nach Infectionskrankheiten, besonders nach Scharlach.

Lange hat in den letzten 3 Jahren 6 Fälle von Empyem nach Scharlach operirt.

E. Meyer: Die operative Behandlung der Oberkieferhöhleneiterung vom unteren Nasengang aus.

Nach Abtragung des vorderen Endes der unteren Muschel wird die Höhle mit Hammer und Meissel eröffnet und nöthigenfalls ausgekratzt und die Oeffnung tamponirt; die Tampons bleiben 24 Stunden liegen und sind nur 2—3 Tage nöthig. Weiterbehandlung mit Dermatolinsufflationen. Er hat so sehr zufriedenstellende Resultate erzielt.

Lange operirt schon seit $1^1/_2$ Jahren in der angegebenen Weise; nur dass er die untere Muschel nur einbricht und nach oben klappt und zur Resection der lateralen Nasenwand sich eines von Wagener angegebenen stanzenförmigen Instruments bedient. Man muss die Oeffnung möglichst gross machen. Die Resultate waren recht gute.

Kuttner: Manche Fälle heilen bei jeder Behandlung, andere wieder sind sehr hartnäckig. Um die gesetzte Oeffnung im unteren Nasengang sich nicht verkleinern zu lassen, empfiehlt es sich, die Schleimhautlappen nah innen umzuschlagen.

Wagener empfiehlt möglichste Schonung der unteren Muschel und möglichst grosse Oeffnung in der lateralen Wand; um ihren vorderen unteren Theil abzutragen, empfiehlt er seine Stanze. Er ist ebenfalls mit den Erfolgen zufrieden.

Scheier empfiehlt das Sonnenkalb'sche Instrument.

Sturmann ist von der Denker'schen Operation sehr befriedigt.

Davidsohn verwirft die Prothesen und bevorzugt den endonasalen Weg.

E. Meyer: Natürlich kann der angegebene Weg nicht für alle Fälle in Frage kommen; aber die Operation ist einfach in der Technik, schnell ausführbar und eine Nachbehandlung ist kaum nöthig.

Sitzung vom 26. April 1907.

Lennhoff: Der in der vorletzten Sitzung vorgestellte Oberkiefertumor hat sich bei der Operation als ein von der Fossa sphenopalatina ausgehendes Carcinom erwiesen.

A. Meyer stellt einen Patienten mit acuter linksseitiger Recurrens-Velum- und Pharynxlähmung vor, deren Ursache höchstwahrscheinlich eine Polioencephalitis inf. oder Encephalitis der Medulla ist.

Grabower zweifelt aus verschiedenen Gründen die Diagnose einer Polioencephalitis an.

Peyser denkt an die Möglichkeit einer Hysterie als Ursache.

E. Meyer glaubt an eine toxische Neuritis; diese Auffassung unterstützt Kuttner.

A. Meyer begründet noch einmal seine Auffassung.

A. Meyer zeigt einen Patienten mit doppelter Kieferhöhle. Bei dem Patienten, der früher an Siebbeineiterung behandelt worden war, konnte durch eine Ausspülung des Sinus maxill. vom unteren Nasengang und Ostium maxillare aus kein Eiter entleert werden, wohl aber von hinten dicht über der unteren Muschel; es handelt sich wohl um eine im Oberkiefer sitzende Siebbeinzelle. — Aehnliche Verhältnisse demonstrirt M. an einem Präparat.

P. Heymann berichtet über einen analogen Fall, in dem die Oberkieferhöhle in zwei nebeneinander liegende Kammern getheilt war, deren eine, die laterale, erkrankt war, während die mediane gesund war.

Kuttner stellt einen Patienten vor, bei dem nach einer Peritonsillitis sich eine Volumszunahme aller Theile des Pharynx einstellte. Tuberculose und

Actinomycose sind auszuschliessen; es bleibt übrig Lues oder Carcinom, welch letzteres nicht wahrscheinlich ist.

Aulicke zeigt einen Patienten mit Rhinosclerom, das sich besonders in der Schleimhaut der subglottischen und Trachealschleimhaut localisirt hat.

Sitzung vom 14. Juni 1907.

Hirschfeld stellt einen Patienten vor, bei dem in Folge eines Dolchstiches eine Sympathicuslähmung rechterseits (Verengung der rechten Lidspalte und Pupille, Fehlen des Schweisses rechts, rechter Augenhintergrund und Kehlkopf hyperämisch) besteht; ferner eine Lähmung des Accessorius, des Hypoglossus, des rechten Ling. n. trigemini, des Glossopharyngeus und Vagus.

Kuttner: Die Sensibilität der rechten Kehlkopfseite ist aufgehoben, links dagegen erhalten; also geht die Sensibilitätsversorgung wenigstens nicht immer über die Mittellinie hinaus.

Kuttner stellt einen Patienten mit Syringomyelie vor, der eine rechtsseitige Posticuslähmung nachweisen liess, die ihrerseits über die Natur der sonst diagnostisch noch etwas unsicheren Erkrankung Aufklärung brachte.

Grabower: Während eine centrale Kehlkopflähmung vorhanden ist in Folge einer Schädigung des Vaguskernes lassen sich in den vom Accessorius versorgten Muskeln keine Functionsstörungen nachweisen; das spricht dafür, dass der Vagus der alleinige motorische Kehlkopfnerv ist.

Sobernheim zeigt eine Patientin mit Anschwellung einer Tonsille und Drüsenanschwellung derselben Seite des Halses; die Diagnose eines Lymphosarcoms ist nicht ganz sicher. Atoxylinjectionen brachten überraschenden Erfolg.

Finder berichtet über einen Fall von Tonsillarsarcom, das sehr rapide wuchs, durch Atoxyl nicht beeinflusst wurde, unter Röntgenbehandlung aber schnell zurückging.

P. Heymann hat in einigen Fällen von Tonsillarsarcomen ebenfalls ausgezeichnete Dienste vom Arsenik gesehen.

v. Zander sah bei einem Patienten mit Lymphosarcom des Rachens nach innerlichem Gebrauch von Arsenik und Röntgenung keine Besserung; sie trat aber nach subcutaner Atoxylbehandlung schnell ein.

Jürgens waren in einem Falle von Halssarcom Röntgenstrahlen nutzlos.

Finder zeigt einen Patienten mit Pemphigus des Rachens und Kehlkopfes; auf der gerötheten Schleimhaut des Rachens und der oralen Fläche der Epiglottis sah man erbsen- bis bohnengrosse Blasen, die oberflächlichen Defecten Platz machten, auf denen Fetzen abgelöster Schleimhaut lagen. Der Augenpemphigus hatte zu einem Symblepharon geführt.

Arensberg zeigt ein Modell zur Einübung auf die Rhinoscopia posterior.

A. Rosenberg.

---

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Mai 1906.

Vorsitzender: Charters Symonds.

H. J. Davis: Drei Fälle von Syphilis in einer Familie, durch orale Infection verbreitet.

Ein Mädchen übertrug die Erkrankung auf die Grossmutter, diese auf ihre Tochter. Letztere zeigte einen Primäraffect im Vestibulum nasi. D. hat erfahren, dass es in Südafrika nichts Ungewöhnliches ist, dass die Syphilis sich unter den Mitgliedern einer Familie verbreitet, ohne dass ein Primäraffect aufzufinden ist.

Donelan spricht von den Schankern der Zunge.

Paterson: 1. Angelhaken aus dem Oesophagus entfernt.

Der Fall betraf einen 13jährigen Jungen. Unter Leitung eines Oesophagusrohres konnte der Fremdkörper leicht entfernt werden.

2. Zahnplatte aus dem Oesophagus entfernt.

Nachdem der Sitz des Fremdkörpers mit dem Skiagramm festgestellt war, wurde er leicht mit dem Oesophagoskop entfernt.

3. Lähmung des linken Recurrens und des weichen Gaumens mit gleichzeitiger Mittelohrerkrankung und Facialislähmung auf derselben Seite.

Die Erscheinungen von Seiten des Ohres legten die Vermuthung einer malignen Erkrankung dieses Organs nahe.

Pegler: Doppelseitige Ulceration des hinteren Abschnittes der Stimmlippen bei einem Mann.

Grant und der Vorsitzende halten es für Pachydermie.

Peters: Eine neue Nasensäge.

Tilley: Vier Fälle von chronischem Nasenhöhlenempyem, operirt mittels einer vereinfachten Killian'schen Operation, wobei der Boden der Höhle intact bleibt.

In einem Fall handelt es sich um ein Fronto-Ethmoidalempyem bei einem 9jährigen Kinde.

Grant hat gleichfalls versucht, den Boden der Höhle intact zu lassen, und zwar mit Erfolg.

Scanes Spicer betont die günstigen Resultate, die durch frühzeitige Operationen erzielt werden.

Stuart Low bespricht die guten kosmetischen Resultate nach Killian'scher Operation.

Clayton Fox: Fall von Tuberculose des Velum, Pharynx und der Epiglottis.

Charles Parker: Schwellung in der vorderen Commissur der Stimmlippen, die etwas Dyspnoe verursacht, nebst Deformität der Epiglottis und indurirter Schwellung an den Ohren.

Im Anschluss an eine Erkältung waren vor einer Reihe von Jahren die Ohren sehr schmerzhaft geworden und die Ohrläppchen waren erheblich vergrössert und knochenhart.

Vor 2 Monaten war Husten eingetreten. Es bestand im Kehlkopf eine norpelverdickung und unterhalb der Glottis sah man eine rothe Schwellung; die sten Trachealringe fühlten sich gleichfalls sehr hart und verdickt an.

Davis findet im Gesicht und an der Haut der Hände Veränderungen, die r Lepra sprechen.

Dundas Grant: Papillomatöse Geschwulst des Kehlkopfs, wahr- heinlich Epitheliom.

Die Geschwulst ragt über das Vestibulum hinaus; es bestand Fixation eines immbandes und Drüsenschwellung aussen am Halse.

Wyatt Wingrave beschreibt den histologischen Befund, der von dem bei pischem Papillom abwich und auch keine sicheren Kriterien für Epitheliom ifwies.

Butlin und Robinson halten den Tumor für bösartig und inoperabel.

Dundas Grant: Epitheliom des Gaumens bei einem 60jährigen anne.

Es handelt sich um ein Geschwür von der Grösse eines Schillings mit har- n Rändern. Unterhalb des oberen Endes des Sternocleidomastoideus fühlte man n Drüsenpacket. G. räth zur Operation.

St. Clair Thomson hält den Fall für inoperabel.

Der Vorsitzende räth, zuerst die Drüsen zu entfernen und erst nachher, enn diese Operation gut vertragen wird, zur Operation der Gaumengeschwulst schreiten.

Tilley: Mycosis des weichen Gaumens.

Eine Stelle der entzündeten Gaumengeschwulst dicht über der rechten Ton- le war mit hanfkorngrossen Pusteln besetzt. Die Affection bestand 7 Monate. ine Anzeichen von Tuberculose oder Syphilis.

Der Vorsitzende hält die Erkrankung für Leukoplakie syphilitischen Ur- rungs. Er räth zur Entfernung wegen der Gefahr, dass auf dem Boden dieser fection sich eine maligne Erkrankung bildet.

Stuart Low fühlt etwas Induration und diagnosticirt Epitheliom.

Sitzung vom 1. Juni 1906.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Scanes Spicer: Fall von inoperablem Carcinom des Pharynx, r Zunge und Cervicaldrüsen; erhebliche Besserung nach 10wöchi- r Behandlung mit einer bakteriellen Vaccine von Micrococcus oformans.

Es handelte sich um eine ausgedehnte geschwürig zerfallene Geschwulst. ährend der ersten 6 Wochen der Behandlung trat erhebliche Besserung ein. Die schwulstmassen haben an Grösse abgenommen, der Foetor ist verschwunden, e Ulceration hat sich verkleinert, die Zunge kann jetzt vorgestreckt werden und e Cervicaldrüsen sind erheblich zurückgegangen.

Der Vorsitzende äussert sein Erstaunen über das reine Aussehen und die ruchlosigkeit des Geschwürs.

A. E. Wright bespricht die Arbeit Doyen's über den Micrococcus neo-

formans und besonders die differentiellen Merkmale desselben gegenüber dem Staphylococcus, mit dem er gewisse Aehnlichkeit hat. Er hat besonders Untersuchungen über den opsonischen Index bei Trägern maligner Erkrankungen in Bezug auf jenen Micrococcus angestellt. Er hat gefunden, dass der opsonische Index niedriger, bisweilen auch höher als in der Norm ist, dass er in einigen Fällen sich in constanter Fluctuation befindet, wie das in Fällen von bakterieller Infection der Fall ist, die mit constitutionellen Störungen verbunden ist, und dass man in einigen Fällen Phagocytose erzielt, wenn man das Serum 10 Minuten lang auf 60° C. erwärmt.

Der vorgestellte Fall ist einer von denen, bei welchen die Impfung mit sterilisirten Culturen von M. neoformans versucht wurde.

Barwell: Infiltration des linken Stimmbandes.

In der Discussion als wahrscheinliche Tuberculose bezeichnet.

Bond: Tumor des Gaumens von 20jähriger Dauer bei einer 65jährigen Frau.

Acht Jahre nach der Entfernung trat Recidiv ein; das Aussehen ist das einer bösartigen Geschwulst.

Der Vorsitzende diagnosticirt Sarkom.

E. H. Peters: 1. Epitheliom der Tonsillen.

55jähriger Mann im Juli 1905 operirt; kein Recidiv. Die Operation bestand in: a) Ligatur der Carotis externa und Entfernung der gesunden Drüsen; b) Injection von Antistreptokokkenserum, Spaltung der Wange, Laryngotomie, Entfernung der erkrankten Tonsille, Gaumenbögen, eines Theiles des Pharynx. Naht der Schleimhaut.

2. Functionelle Aphonie bei einem Soldaten nach Fieber.

3. Chronische Ostitis des Stirnbeins mit chronischem Empyem.

Bei dem alten Empyem bildete sich auf der rechten Seite ein Abscess. Es wurde auf dieser Seite keine Stirnhöhle gefunden, doch wurde ein Stück weicher Diploe entfernt.

Stuart Low: Fixation des linken Stimmbandes in Cadaverstellung, wahrscheinlich infolge von Verwachsungen in der Umgebung des N. recurrens.

Es hatte früher Rheumatismus bestanden und es fanden sich Zeichen einer alten Pericarditis und pericardiale Verwachsungen waren wahrscheinlich die Ursache des Zustandes.

Davis meint, das Skiagramm zeige eine Dilatation des linken Herzohrs. Obwohl pericarditische Verwachsungen häufig sind, hat er sie niemals eine Recurrenslähmung verursachen sehen.

Barwell ist derselben Ansicht.

E. B. Waggett.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, November. 1907. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente.

1) **Killian** (Freiburg im Breisgau). **Die Grundlagen der modernen Rhino-Laryngologie.** (B. Fränkel [Berlin] zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berlin. klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Der Ueberblick über die Grundlagen der modernen Rhino-Laryngologie offenbart, welch grosse Fortschritte in den letzten Jahrzehnten unsere Specialwissenschaft gezeitigt hat; er zeigt die Mannigfaltigkeit und ungewöhnliche Ausdehnung, die unser Fach genommen hat.

Umsomehr sind derartige Ueberblicke gerechtfertigt. Nur auf der Basis gegenseitiger Würdigung und gerechter Beschränkung entfaltet sich überall ein reges, wissenschaftliches Leben, welches der durch die Specialisirung herbeigeführten und immerfort beklagten Zersplitterung der Medicin entgegenarbeitet.

Der Autor untersucht die allgemeinen Grundlagen der modernen Rhino-Laryngologie, indem er sich auslässt über die historische Entwickelung und Abgrenzung der modernen Rhino-Laryngologie, über die endoskopischen Methoden als Grundlagen der modernen Rhino-Laryngologie und über die allgemeinen anatomisch-physiologischen und klinischen Grundlagen.

Dann streift der Verf. die speciellen Grundlagen der modernen Rhino-Laryngologie, die darin beruhen, dass jeder einzelne kleinste Abschnitt der Athmungs- und Speisewege anatomisch, physiologisch, klinisch und damit auch in diagnostischer, prognostischer und localtherapeutischer Hinsicht seine Besonderheiten aufweist.

Zuletzt werden die wichtigen Grenzgebiete der Rhino-Laryngologie besprochen.

ALBANUS (ZARNIKO).

2) **Pollack** (Stettin). **Fall von Blähhals.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 12. Vereinsbeilage. 1906.*

Vortr. stellt einen Mann mit Blähhals vor, bei welchem es sich nach dem Ergebniss der Probepunction um venöse Stauungsvorgänge handelt.

ALBANUS (ZARNIKO).

3) **Milkó. Fall von traumatischem Halsdefect.** *Orvosi Hetilap. No. 10. 1907.*

Bei dem Kranken bestand ein Defect des Rachens, durch einen Schnitt durch die Membrana hyo-thyreoidea verursacht. Nach Auffrischen und breitem Abpräpariren der Wundränder wurden dieselben in der Mittellinie in zwei Etappen vernäht.

v. NAVRATIL.

4) **Canalejo** (Madrid). **Halsfistel. (Fistula del cuello.)** *Siglo medico. Mai 1907.*

Fistelgang in der rechten Regio latero-hyoidea mit einem tiefen seitlichen Retropharyngealabscess communicirend; derselbe ist die Folge einer Streptokokkenaffection der transversalen Apophyse des ersten Halswirbels. Infolge schwerer Infection tritt der Tod ein.

TAPIA.

5) **Martuscelli** und **Vitto-Massei. Bedeutung der Thymus bei der Entstehung des Myxödems. (Importanza del timo nella genesi del mixedema.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. XVIII. No. 3. 1907.*

Nach der Entfernung der Thymusdrüse entstand bei den als Versuchsthieren dienenden Hunden ein Zustand, der mit dem Myxödem Aehnlichkeit hatte; die Thiere verloren die Haare, die Haut bekam ein gelatinöses Aussehen. Bei der Autopsie fand man, dass in den Schilddrüsen die Drüsensubstanz zu Grunde gegangen war und statt dessen eine Ansammlung colloider Substanz bestand. Eines der Controlthiere erkrankte spontan unter denselben Erscheinungen, die bei den mit Exstirpation der Thymus operirten Thieren beobachtet worden waren, und starb. Man fand bei der Section eine schleimige Degeneration der Haut und des Darmes, Blutergüsse in der Lunge und Nekrose des Nierenepithels. An Stelle der Thymus fand man eine gelatinöse Masse, die Schilddrüse war ganz klein. Verf. schliesst, dass Fehlen oder Entfernung der Thymus Veränderungen hervorrufen, die denen beim Myxödem ähnlich sind und dass die Thymusdrüse eine der Schilddrüse fast gleiche Function hat.

FINDER.

6) **Ph. Stöhr. Ueber die Thymus.** *Sonderbericht d. physiol.-med. Gesellsch. zu Würzburg 1905. S. 51.*

Die Thymus ist histologisch ein epitheliales Organ, keine Leukocytenquelle. Die Leukocyten sind nicht entodermalen Ursprungs.

J. KATZENSTEIN.

7) **Heryng** (Warschau). **Ueber neue Inhalationsmethoden und neue Inhalationsapparate.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 11 u. 12. 1906.*

Verf. theilt die Inhalationsapparate ein in: 1. Apparate für kühle Inhalationen (Sales-Giron, Bergson, Richardson und Heyer); 2. Apparate für warme Inhalationen (Siegle) und seine Modificationen (Oertel, Heyer u. s. w.); 3. Apparate für heisse Inhalationen (Jahr und Bulling). Da in der Trachea eine Temperatur von 36,2—37° herrscht, condensiren sich hier schon kühlere zerstäubte Flüssigkeiten. Nur eine wärmere Lösung dringt bis in die Lunge und Lungenspitzen, wie Versuche an Hunden zeigten. Die meisten Apparate haben zu niedrige Spraytemperatur, keine genaue Temperaturregulirung und vermögen nicht antiseptische und balsamische Mittel in ein gasförmiges Gemisch überzuführen Diese Mängel veranlassten Verf. vier Typen von Inhalationsapparaten zu con-

struiren, deren technische Einzelheiten an der Hand der beigefügten Bilder im Original nachgesehen werden müssen:

1. Vorrichtung zur Regulirung des kalten Sprays in den Grenzen von 15—30° C. mittels eines tulpenförmigen Thermoregulators, der auf dem Ansatz eines Richardson'schen Zerstäubers verschiebbar angebracht ist und je nach seiner Einstellung auf die empirisch gefundene Skala die entsprechende Temperatur der vorher auf 65° anzuwärmende Flüssigkeit giebt.

2. Thermoregulatur für Dampfinhalationsapparate, ohne Thermometer, mit einer einstellbaren Skala von 35—65° C. Durch eine verstellbare Verkleinerung des Diameters des Ansatzrohres wird eine Steigerung der Temperatur des Sprays bewirkt. Das Ansatzrohr — Mundstück des Siegle'schen Apparates — hat Sprayform; an der tiefsten Ausbiegung ist eine Oeffnung zum Abfluss des Condenswassers angebracht. Vorzug: auch bei kühler Witterung heisse Inhalationen möglich, da am Schlusse zur Abhärtung eine kühlere Inhalation vorgenommen werden kann.

3. Thermoaccumulator zur Vergasung schwerflüchtiger, heilkräftiger Stoffe (Sprayrohr). Dieselben müssen erst durch Erwärmung und Mischung mit Luft und Wasserdampf respirabel gemacht werden. Durch Verflüssigung des Dampfes schafft der Thermoaccumulator die nöthige Wärmequelle.

4. Inhalationsapparat für allgemeine Säle mit Thermoregulator resp. Thermoaccumulator.

Empfehlung der Inhalationstherapie für ausgewählte Fälle von Lungenphthise.

ALBANUS (ZARNIKO).

8) **Bulling** (Bad Reichenhall). **Ueber neue Inhalationsmethoden und neue Inhalationsapparate.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 20. 1906.*

Verf. richtet sich gegen die Ausführungen Heryng's, die dieser gelegentlich eines Aufsatzes über Inhalationsmethoden (Berlin. klin. Wochenschr. No. 11 und 12, 1906) gegen seinen Inhalationsapparat Thermovariator erhebt.

ALBANUS (ZARNIKO).

9) **Heryng** (Warschau). **Erwiderung auf den Artikel Dr. Bulling's „Ueber neue Inhalationsmethoden und neue Inhalationsapparate".** *Berl. klin. Wochenschr. No. 30. 1906.*

Polemischer Artikel.

ALBANUS (ZARNIKO).

10) **Stemmler** (Bad Ems). **Ueber den Werth der Inhalation frei zerstäubter Flüssigkeit bei der Behandlung des chronischen Bronchialkaterrhs.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1906.*

Vortrag zum 27. Balneologen-Congress. Vortr. kommt zu folgenden Schlüssen: „1. Das Experiment am Thier hat erwiesen, dass frei zerstäubte Flüssigkeit bis in die Bronchien, Bronchiolen und Alveolen eindringt, und zwar in hinreichender Masse, um eine Heilwirkung auf die Schleimhäute erzielen zu können. 2. Die practische Erfahrung hat an einem ausreichenden Krankenmaterial festgestellt, dass der chronische Bronchialtatarrh in vorzüglicher Weise durch die Inhalation frei zerstäubter Flüssigkeit beeinflusst wird. 3. Dieser günstige Einfluss beruht

in der Hauptsache auf einer Verminderung und Hebung der Secretionsstörung der Respirationsschleimhaut."

ALBANUS (ZARNIKO).

11) **Braun** (Leipzig). **Die Leistungen und Grenzen der Localanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. 1906.*

Der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Localanästhesie, insbesondere durch sein Handbuch über diesen Gegenstand (Leipzig 1905) rühmlichst bekannte Verfasser bespricht in grossen Zügen die Principien der Localanästhesie und ihre Anwendung in den verschiedenen Körperregionen. Für die Leser dieses Centralblatts wäre die Arbeit auch dann lesenswerth, wenn nicht besondere Bemerkungen der Rhino- und Laryngologie und den äusseren Halsoperationen (Tracheotomie, Strumectomie) gewidmet wären.

ZARNIKO.

12) **Finder** (Berlin). **Ueber Alypin in der rhino-laryngologischen Praxis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 5. 1906.*

Nach allgemeinen Ausführungen über Cocain und Stovain erörtert Verf. die Vorzüge und Eigenschaften des Alypins: chemisch ist Alypin eine neutral reagirende Lösung. 2—3mal weniger giftig als Cocain. Sterilisirbar. Im Gegensatz zum Cocain vasodilatatorische Wirkung neben der anästhesirenden. Combination mit Adrenalin zur Anämisirung des Gewebes gut ausführbar mit Steigerung der anästhesirenden Wirkung. Verf. bepinselt die Nasenschleimhaut mit 20 proc. Lösung einmal. Submucös wird eine 1 proc. Lösung mit Adrenalin benutzt. Vor allem war Verf. sehr zufrieden mit der Anwendung des Alypins bei endolaryngealen Operationen.

ALBANUS (ZARNIKO).

13) **Consteen** und **Lafay** (Paris). **Die mit Adrenalin 1:1000 versetzte Bonain'sche Mischung als Anaesthico-Haemostypticum in der Oto-Rhino-Laryngologie. (La mixture de Bonain adrenalinée au 1/1000 comme anestésique hémostatique en oto-rhino-laryngologie.)** *La Clinique. 5. Juli 1907.*

Zu der Menthol-Cocain-Carbolmischung, die zur Anästhesirung des Trommelfells angewandt wird, haben Verff. das Adrenalin zugesetzt und von diesem Anaestheticum bei den meisten kleineren oto-rhino-laryngologischen Eingriffen Gebrauch gemacht.

GONTIER de la ROCHE.

14) **Fiocre** (Paris). **Chloreton als Localanaestheticum in der Laryngologie. (Du chloretone comme anesthésique local en laryngologie.)** *Presse médicale. No. 58. 20. Juli 1907.*

Insufflationen des reinen Pulvers oder von Dämpfen wirken in Fällen spontaner Schmerzen im Bereich der Schleimhaut, besonders bei Dysphagie infolge Larynxtuberculose, sicher anästhesirend.

GONTIER de la ROCHE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Humblé. Nasenverstopfungen. Diagnostik mit dem Lermoyez'schen Rhinometer. (Obstructions nasales diagnostiquées par le rhinomètre de Lermoyez.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Mai 1906.*

H. bespricht zuerst die Rhinometrie im Allgemeinen: die qualitative und

quantitative; von letzterer die directe und indirecte Rhinometrie mit Angabe der Technik vermittelst des Glatzel'schen Spiegels, worauf er 2 Fälle anführt, bei welchen ihm die Rhinometrie einen deutlichen Nachweis der Nasenobstruction geliefert hat.

BAYER.

16) Harry C. Parker. **Augen- und Allgemeinsymptome bei Nasenverstopfungen. Bericht über einen ungewöhnlichen Fall. (The ocular and general symptoms in nasal obstructions. The report of an unusual case.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 14. März 1907.*

Patient litt Jahre lang an Augenbeschwerden; die Entfernung der hypertrophirten mittleren Muschel heilte ihn.

EMIL MAYER.

17) Fursow. **Der Einfluss der Undurchgängigkeit der Nase auf die tägliche Urinmenge. (Wlijanie neprochodimosti nosa na sutotschnoje widelemji motschi.)** *Mitth. der Bazan. Klinik. Bd. 1. S. 340.*

F. bestimmte bei zwei Polypenkranken die tägliche Urinmenge vor und nach der Entfernung der Polypen. In dem einen Falle fiel die Urinmenge nach der Entfernung von 2250 auf 1300 und im anderen von 1420 auf 900 ccm.

P. HELLAT.

18) Guy L'Estrange (Queensland). **Intermittirende Nasenverstopfung. (Intermittent nasal obstruction.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1906.*

Vf. unterscheidet zwischen einer vasomotorischen und einer mechanischen intermittirenden Verstopfung; die erstere ist eine Neurose, bei der letzteren kommt eine Dilatation des linken Ventrikels und des Gefässsystems hinzu. Sie zeigt sich nur Nachts, wenn der Patient schläft; bei der Untersuchung am Tage kann die Nase völlig normal erscheinen. Welche Methoden der Verf. zur Beseitigung dieses Zustandes anwendet, sagt er nicht.

A. J. BRADY.

19) W. P. Porcher. **Entzündliche Nasenverstopfung als ätiologischer Factor bei der Erzeugung des Sputums. (Inflammatory nasal obstruction as an aetiologic factor in the production of sputa.)** *Journal South Carolina Medical Association. November 1906.*

Entzündliche Nasenverstopfung ist eine sehr häufige Quelle für profuse Exspectoration; besonders muss man daran denken, dass das Nasenrachensekret in den Larynx herabfliesst und dann ausgehustet wird.

LEFFERTS.

20) Williams P. Watson (Bristol). **Wieso hemmt mangelhafte Nasenathmung Wachsthum und Entwickelung? (Why defective nasal respiration impedes growth and development.)** *Bristol Medico-Chirurgical Journal. p. 17. 1906.*

Verf. ist der Ansicht, dass der mechanische Einfluss der Nasenobstruction oft übertrieben wird und dass man wichtige physiologische Factoren übersieht. Von diesen kommt am meisten in Betracht die Beeinträchtigung des Einflusses, den normalerweise das Athmungscentrum auf den Gewebsmetabolismus hat. Verf. legt grossen Werth darauf, dass die Beseitigung des Athmungshindernisses ergänzt wird durch Athemübungen und andere hygienische Maassnahmen.

JAMES DONELAN.

21) **W. Parsons. Der Einfluss der Nasenverstopfung auf die Gesichtsform. (The influence of nasal obstruction on the form of the face.)** *Lancet. 30. September 1905.*

Bei der vornsitzenden Verstopfung ist der Oberkiefer hochgewölbt und eng, er ist auch verkürzt und der vordere Theil unentwickelt. In Fällen tiefsitzender Verstopfung ist der Nasenrücken abgeflacht. Beide Arten der Verstopfung sind oft gleichzeitig vorhanden.

ADOLPH BRONNER.

22) **Boguslowsky. Angeborene Verwachsungen der Nase und ihre Wirkung auf die Configuration des Gesichtes. (Wroshdennija saraschtschnija nosa i wlijanin na konfiguratijn liza.)** *Mitth. der Bazan. Klinik. Bd. 1. S. 253.*

Eine kritische Arbeit, wobei die ganze Literatur dieser Frage sorgfältig studirt und das Facit nach ausgiebiger Beleuchtung der mit diesem Gegenstande zusammenhängenden Theorien und Anschauungen gezogen wird. — Im Anhange werden kurz die nöthigen Angaben jedes einzelnen Falles angeführt.

Das Résumé der Arbeit ist folgendes:

1. Die Theorie von Körner betr. die Abhängigkeit des hohen Gaumens vom Nasenverschluss muss bestätigt werden.

2. Die Meinung Siebenmanns von dem Zusammenhang des hohen Gaumens mit Leptoprosopie muss zunächst als unbewiesen betrachtet werden.

3. Mit hohem Gaumen sind eng verknüpft Septumverbiegungen und Unregelmässigkeiten des Alveolarrandes und der Zähne.

4. Septumverbiegung bei einseitiger Atresie befindet sich auf der geschlossenen Seite.

5. Die Theorie von Ziem, betreffend die Einwirkung einseitigen Verschlusses der Nase auf Asymmetrie des Gesichts, kann man nicht von der Hand weisen.

6. Der typische Gesichtsausdruck bei der Atresie hängt nicht von den Adenoiden sondern von der Atresie ab.

P. HELLAT.

23) **Parcy Fridenberg. Nasenverstopfung als Ursache von Ernährungsstörungen. (Nasal obstruction as a cause of disorders of nutrition.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1905.*

F. weist auf die Bedeutung hin, die der Geruch für das Schmecken und den Appetit hat. Anorexie kann bisweilen allein auf mangelnder Luftpassage durch die Nase beruhen. Ein wichtiger Factor beim Zustandekommen der Verdauungsstörungen ist auch die Ansammlung des Sekrets im Nasenrachen, der dann verschluckt wird.

LEFFERTS.

24) **Walker Downie. Ein Fall von Nasenverstopfung aus ungewöhnlicher Ursache. (A case of nasal obstruction from an unusual cause.)** *Lancet. 11. November 1905.*

Das Nasenseptum fehlte; der freie Rand des weichen Gaumen und die Uvula waren durch Narbengewebe nach oben gezogen.

ADOLPH BRONNER.

25) **J. S. Wallace. Nasenverstopfung und Mundathmung. (Nasal obstruction and mouth breathing.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1905.*

Die Behandlung der Mundathmung soll pari passu geschehen mit der Behandlung der Zähne und des Gaumens seitens eines Zahnarztes. Verf. wendet sich dagegen, dass man Kinder ausschliesslich mit in Milch geweichten Speisen ernährt; dadurch sollen, ausser anderen Störungen, Zahnkrankheiten entstehen, die weiter zu adenoiden Vegetationen etc. führen (!). LEFFERTS.

26) **Kapp** (Berlin). **Zur Behandlung der Nasenröthe mittels des galvanischen Stromes.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 37. 1906.*

Für Fälle leichter gleichmässiger Nasenröthung ohne einzeln makroskopisch sichtbare Blutgefässe empfiehlt Verf. Behandlung mit galvanischem Strom von einer Stärke von 2—4 Milliampères. Von der Firma Reiniger, Gebbert und Schall (Erlangen) liess Verf. eine auf gekreuzter isolirter Gabel sitzende Doppelelektrode anfertigen, deren beide Elektroden sich an die Nasenseiten anlegen lassen und dort durch Federdruck selbst halten. So lässt sich bequem der Strom je ca. 5 Minuten lang in einer Richtung durchschicken.

Von 37 behandelten Fällen von diffuser Nasenröthe versagten nur zwei.

ALBANUS (ZARNIKO).

27) **Labourand. Behandlung des Rhinophym. (Traitement du rhinophyme.)** *La Clinique. 12. Februar 1907.*

Verf. empfiehlt Massage mit Schwefelpaste, Anwendung des Galvanokauters, von Scarificationen, und Combination dieser Mittel. A. CARTAZ.

28) **H. Burger** (Amsterdam). **Eine artificielle „Dermoidkyste". (Een kunstmatige dermoïdkyste.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 4. 1906.*

Der 30jährige Patient wünscht Nasenverschönerung. Im 10. Jahre ist er auf die Nase gefallen. Nachher sank der Nasenrücken allmählich ein. Vor 4 Jahren Nasenplastik mittelst eines Lappens aus der Stirn. Schnelle Heilung mit Ausnahme einer kleinen Stelle zwischen den Augen, wo es noch lange eiterte und die Genesung erst sehr langsam eintrat. Dann entwickelte sich eine Schwellung zwischen den Augen, bis zu einem ganz entstellenden Umfang, welche schliesslich am rechten inneren Augenwinkel platzte. Es spritzte weisser „Eiter" heraus, worauf die Schwellung grösstentheils verschwnnden war. Sie bildete sich allmählich wieder, bis nach mehreren Wochen die Spannung so störend wurde, dass Pat. selbst an derselben Stelle am rechten Augenwinkel mit einer Nadel die Haut perforirte und die Geschwulst sich entleerte. Dieses Spiel wiederholte sich alle 6 Wochen.

Zwischen den Augen sitzt eine weiche Schwellung; nahe am rechten inneren Augenwinkel ist die Haut über derselben roth und dünn, sonst normal. Unterhalb der Schwellung sieht die Nase eingesunken aus. Die ganze Tasche wird subcutan exstirpirt und das rothe Hautstück rechts mit weggenommen. Heilung per primam. Kosmetischer Effect ganz zufriedenstellend. Die Nase ist etwas eingesunken und ein wenig schief, der Pat. aber mit dem Zustand zufrieden. Die Wand der Tasche besteht hauptsächlich aus Bindegewebe, an einigen Stellen ist sie mit veränderten

Plattenepithel bekleidet. Sie enthält eine grosse Anzahl acinöse Drüsen und vereinzelte Haare. Makroskopisch sind keine Haare sichtbar, und ist die ganze Wand weiss und glatt. Weil diese Cyste „besteht aus Gewebsbildungen, welche an der betreffenden Stelle normaliter nicht vorkommen" („teratoide Cyste"), und zwar aus ectodermalen Gebilden, könnte man sie s. v. v. eine künstliche Dermoid-Cyste nennen. Auf Anfrage meldete der frühere Operateur, er habe durchaus nach König (Lehrbuch der Chirurgie, 5. Aufl., 1889, S. 249) operirt. Nach dieser Beschreibung erscheint es fast unvermeidlich, dass Haut von Haut verdeckt wird, und kommt B. diese Sattelnasenplastik wenig empfehlenswerth vor.

H. BURGER.

29) **Umbert** (Barcelona). **Ueber Granulosis rubra nasi. (Sobre las granulosis rubra nasi.)** *Revista Barcelonesa de laringologia. No. VIII.*

Verf. macht an der Hand eines von ihm beobachteten Falles einige Bemerkungen über diese Erkrankung.

TAPIA.

30) **Comas y Prió** (Barcelona). **Lupus vegetans der Nase, geheilt durch X-Strahlen. (Lupus vegetante de la nariz curado con los rayos x.)** *Archivos de rinologia, laringologia y otologia. März-April 1907.*

Der Lupus bestand seit 5 Jahren und war auf alle Weise ohne Erfolg behandelt worden. Es wurde alle 2 Tage 15 Minuten lang mit Röntgenstrahlen bestrahlt und es trat Heilung ein, die nach 2 Jahren noch andauerte.

TAPIA.

31) **Lemaire. Schnelle Gangrän der Nase. (Gangrène rapide du nez.)** *Société de pédiatrie. 11. April 1907.*

Ein 6jähriges, an Lungen- und Peritonealtuberculose leidendes Kind bekam auf der rechten Seite der Nase eine mit Eiter gefüllte Blase. Zwei Tage später schnaubt das Kind ein Knochenstückchen aus, anscheinend die untere Muschel. Die Gangrän breitet sich rapide aus, und 5 Tage nach den ersten Anzeichen der Erkrankung stirbt das Kind.

A. CARTAZ.

32) **E. Glas** (Wien). **Rhinolith.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1907.*

G. demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte, Sitzung am 12. April 1907, einen Rhinolithen, der sich als invertirter, um 180° gedrehter und in die Nase gewachsener Eckzahn darstellte. Diese Anomalie hat dem Patienten jahrelang gar keine Beschwerden gemacht, schliesslich nach Zersetzung der ihn umgebenden Massen eine schwere innere Krankheit vorgetäuscht, da massenhaft übelriechendes Sputum expectorirt und erbrochen wurde.

CHIARI.

33) **Urbano Melzi. Beitrag zur Casuistik der Rhinolithen. (Contributo alla casuistica dei rinoliti.)** *Arch. Ital. di Otologia. IV. 1906.*

Verf. berichtet über zwei Rhinolithen, einen sogenannten „spontanen", d. h. ohne Befund eines primären Fremdkörpers, und einen, der sich secundär um einen Fremdkörper herum, einen Kirschkern, gebildet hat. Verf. bespricht im Anschluss daran die Diagnose und Symptomatologie der Rhinolithen.

FINDER.

34) **Edv. Porst** (Kopenhagen). **Fall von Rhinolith. (Tilfälde af Rhinolith.)** *Ugeskrift for Laeger. p. 442. 1907.*

21jähriger Rekrut. Seit 6—7 Jahren Foetor ex naso, rechtsseitiger purulenter Ausfluss und Verstopfung der Nase. Es wurde ein 2,45 g wiegender Rhinolith entfernt. Das Centrum des Steines wurde von dem Kern einer Haselnuss gebildet.

SCHMIEGELOW.

35) **S. Kawano. Ein Fall von Zahn in der Nase.** *Berichte der XII. Versammlung der Kiushiu-Okinawa med. Gesellschaft. 1906.*

Ein 24jähriger gesunder Student klagte über rechtsseitige Nasenverstopfung und eitrigen Secretausfluss. Der Patient hat selbst mittels eines Spiegels eine weisse, knochenähnliche Substanz in der Nase entdeckt. Kawano konnte ohne Schwierigkeit mit Kornzange einen 1,7 cm langen Zahn extrahiren, der vom Winkel zwischen Septum und Nasenboden nach hinten und lateralwärts auswuchs und ins vordere Ende der unteren Nasenmuschel sich einkeilte.

INO KUBO.

36) **Láng. Fall eines Fremdkörpers, welcher vom äusseren Augenwinkel bis zur Choane drang.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 8. 1907.*

Beim Patienten bestand 9 Jahre lang ein eitriger, foetider Ausfluss aus der Nase, dessen Ursache L. in einem 9 cm langen und 4 mm dicken Stücke eines Federkieles (aus Holz) fand, welcher durch die Haut hineingestossen wurde und, ohne den Bulbus zu verletzen, durch die Orbita bis zur Choane drang. Nach Entfernung desselben Heilung.

v. NAVRATIL.

37) **H. Schilling** (Christiania). **Rhinoplastik nach einer neuen Methode. (Rhinoplastik efter en ny Methode.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 94. 1906.*

Die Methode besteht in Transplantation eines keilförmigen Stückes des Ohrenknorpels in den Defect der Nase. Die Methode hat in mehreren geeigneten Fällen ausgezeichnete Resultate gegeben.

E. SCHMIEGELOW.

38) **Israel** (Berlin). **Demonstration eines Falles von Rhinoplastik.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 23. Vereinsbeilage. 1906.*

Totaldefect der Nase in Folge Lupus. Als Stützgerüst wird eine entsprechend geformte Periostknochenplatte aus der Tibia genommen; dieselbe wird in das subcutane Gewebe des Oberarmes übertragen und heilt dort ein. Nun kann ein gestielter Hautknochenlappen aus dem Oberarm gebildet und auf den Defect übertragen werden. Gutes Resultat.

ALBANUS (ZARNIKO).

39) **J. Broeckaert. Traitement de l'ozène. (Valeur curative des injections de paraffine et de l'intervention chirurgicale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4—5. 1906.*

Die jüngste Zeit hat eine grössere Reihe von Mittheilungen gebracht (Moure, Brindel, Mahu), nach denen die Ozäna durch Paraffininjectionen in die unteren Nasenmuscheln so günstig beeinflusst werden soll, dass Borkenbildung

und Gestank vollkommen verschwinden, dass die Patienten später dauernd ohne Nasenausspülungen auskommen. Diese Angaben werden vollauf bestätigt in der vorliegenden, sehr ausführlichen Abhandlung von J. Broeckaert, in der er alle früheren Hypothesen und Behandlungsmethoden dieser Erkrankung einer Kritik unterzieht. Eine Differenz zwischen den Anschauungen der genannten Autoren besteht nur noch hinsichtlich der Art des Paraffins, das bei der Ozänabehandlung zur Verwendung kommen soll. Moure und Brindel empfehlen flüssiges, Mahu und Broeckaert festes Paraffin. Die Behandlung ist eine langwierige, da gewöhnlich in jeder Woche nur eine Injection gemacht werden soll; die Technik ist sehr subtil und erfordert specialistische Gewandtheit.

Hoffentlich bewahrheitet sich diesmal die frohe Kunde! Aber bis die gemeldeten Heilungen von einer grösseren Reihe vorurtheilsloser Beurtheiler bestätigt worden sind, müssen wir uns etwas reservirt verhalten. Gar zu oft schon hat der Optimismus der Ozäna-Therapeuten uns arge Enttäuschungen bereitet.

A. KUTTNER.

40) **Eckstein** (Berlin). **Paraffininjectionen und -Implantationen bei Nasen- und Gesichtsplastiken.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 20. Vereinsbeilage. 1906.*

Vortr. betont, dass einzig Hartparaffinsorten, die über 50° C. schmelzen, gefahrlos seien. Als Fortschritt wird die Implantation vorher exact zurecht geschnittener Prothesen aus Hartparaffin vom Schmelzpunkte 75° C. namentlich bei starker narbiger Verwachsung der Haut bezeichnet; am besten combinirt mit der Injection. Demonstration von Dauerresultaten bei Patienten.

In der Discussion spricht sich Silberstein (Berlin) gegen jede Verwendung von Paraffin wegen der damit verbundenen Gefahren aus.

Kirschner (Berlin) bespricht das Verhalten des eingespritzten weichen und harten Paraffins und demonstrirt mehrere den Trägern wieder entfernte Paraffindepots, die alle ein Durchwachsen von Gewebe zeigen.

Jacques Joseph (Berlin) warnt vor Optimismus nach den ersten Erfolgen von Nasenprothesen: die Nasen werden „häufig unter teleangiektatischer Röthung der Haut übermässig dick", „theils mit entstellendem Höcker behaftet". Manchmal entwickeln sich Paraffinome, Geschwulstbildungen, die durch Reiz des Paraffins auf das Gewebe hervorgerufen sind. Vortr. will Paraffinprothesen nur auf schwere Sattelnasen beschränkt wissen.

David (Berlin) bemerkt, dass jedes Paraffin resorbirt wird.

Im Schlusswort betont Eckstein, dass er bei seinen Fällen die vorgebrachten Mängel nicht erlebt habe. Er schiebt im Falle Silberstein — nach Paraffinplastik Amaurose — die Schuld auf das zu weiche Paraffin — 43°! — und empfiehlt nach wie vor die Paraffinplastik und -Implantation als segensreiche Methode.

ALBANUS (ZARNIKO).

41) **Eckstein** (Berlin). **Paraffininjectionen und -Implantationen bei Nasen- und Gesichtsplastiken.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 31 u. 32. 1906.*

Der Autor bespricht die vorgekommenen üblen Zufälle bei Paraffininjectionen: Amaurosen durch Hineingerathen von Paraffin in die Art. centr. retinae oder

Vena ophthalmica, Lungenembolien durch Paraffintheilchen, Lungenembolien durch abgerissene phlebitische Pfröpfe. In letzterem Falle wird angenommen, dass durch zu heisses Paraffin an der Injectionsstelle eine Phlebitis entsteht; so bei der Injection von Paraffin in die Nasenmuscheln bei Ozäna, wo aber auch noch die mangelnde Asepsis der chronisch erkrankten Schleimhaut in Betracht kommt.

Verf. führt alle diese Unglücksfälle vor allem auf zu niedrig schmelzendes Paraffin zurück und betont die Wichtigkeit, stets Hartparaffin von mehr als 50° Schmelzpunkt zu benutzen, durch das noch keine Amaurose entstanden sei.

Hartparaffin, einmal in grösserem Depot eingeheilt, wird nicht so leicht, wenigstens nicht in einer für den betreffenden Träger bei Lebzeiten in Frage kommenden Zeit, durchwachsen und damit in seiner Form verändert, es sei denn, dass das Paraffin, technisch nicht richtig injicirt, nicht genügend ruhig erstarren konnte und sich dann in scholliger Vertheilung im Gewebe befindet.

Die Vorbedingung für den guten Erfolg einer Injection ist die Ausdehnungsfähigkeit der betreffenden Hautpartie. Ist dies nicht der Fall, so können noch gute Resultate durch wiederholtes Injiciren erreicht werden, wobei in den Pausen die betreffende Hautpartie zu dehnen ist. Oder man implantirt unter die mobilisirte Hautpartie von einem Einschnitt aus eine entsprechend zugeschnittene Platte von Paraffin von 75° Schmelzpunkt, das einen grossen Grad von Härte besitzt.

Specielle Besprechung des Vorgehens bei traumatischer Sattelnase, bei angeborenen Nasendeformitäten, bei Abflachung der Nasenspitze nach Hasenschartenoperationen, bei Einsattlungen, die nach Septumresectionen zurückgeblieben waren, luetischen Sattelnasen. Bei letzteren ist, besonders wenn die Nasenflügel mit ergriffen sind, mit Erfolg Aufblähen der dünnen Nasenflügel mittels praller Injection von Schleich'scher Lösung, dann Incision und Implantation von Paraffinscheibchen zur Wiederherstellung der Form vorgenommen worden.

Bei Lupus darf nicht vor vollkommener Ausheilung ein Versuch gemacht werden.

Bei einem sehr interessanten Fall von angeborenem Defect des ganzen Nasengerüstes mit Atresie beider Nasenlöcher wurde durch Injection und Implantation ein gutes Resultat erzielt.

Die Arbeit ist durch instructive Bilder illustrirt. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

ALBANUS (ZARNIKO).

42) **Silberstein** (Berlin). **Venenthrombose nach Paraffinplastik einer Sattelnase.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1906.*

Nach Injection von $4^1/_2$ ccm Hartparaffin (Schmelzpunkt 43°; Vortr. überzeugte sich vor der Injection durch Aspiration, dass die Canülenspitze sich nicht in einem Gefässe befand) trat Amaurose des linken Auges ein. In der Annahme, dass das Paraffin vielleicht nach Vordringen entlang der medialen Orbitawand den Opticus mechanisch comprimire, wurde durch eine Incision subperiostal zum Foramen opticum vorzudringen versucht, aber ohne Erfolg, so dass die Annahme einer Thrombose der Vena frontalis und Vena ophthalmica wahrscheinlich ist.

Vortr. warnt ohne zwingende Indicationen vor der Paraffinplastik.

ALBANUS (ZARNIKO).

43) **Kirschstein** (Düsseldorf). **Wie kommt die plötzliche Amaurose bei Paraffininjectionen in der Nasenwurzel zu Stande?** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 37. 1906.*

Der Weg des Zustandekommens einer Thrombose der Vena ophthalmica durch injicirtes Paraffin ist klar. Dagegen nicht so einfach das Entstehen einer Embolie der Arteria centr. retinae nach Paraffininjection an der Nasenwurzel. Verf. erklärt den letzteren Vorgang so: Das schuldige Paraffin nimmt seinen Weg von der Injectionsstelle an der Nasenwurzel längs der Lymphspalten in der Orbita und gelangt so in die perivasculären Lymphräume der Art. centr. ret. Von diesem Paraffin „wird nun durch die pulsatorischen Anschwellungen (der Arterie) ein Theil in den Spalt der Sehnenscheide geradezu hineingedrückt. Hier, rings umschlossen von der unnachgiebigen Nervenscheide, comprimirt das gerinnende Paraffin die Arterie bis zur Undurchgängigkeit."

ALBANUS (ZARNIKO).

c. Mundrachenhöhle.

44) **David Liebenthal. Lichen planus der Mundschleimhaut nebst Bericht über zwei Fälle. (Lichen planus of the oral mucosa with report of two cases.)** *Journal American Medical Association. 16. Juli 1907.*

Lichen planus kommt am häufigsten in der Mundhöhle, seltener im Anus und Urethra, am seltensten im Larynx vor. Er beginnt entweder gleichzeitig mit der Hautaffection oder kann ihr auch vorausgehen oder kann ihr folgen. In einer Anzahl von Fällen sind allein Erscheinungen auf der Schleimhaut vorhanden; in diesen Fällen ist ein diagnostischer Irrthum sehr leicht möglich. Bei der Leukoplakie ist Trockenheit und mehr weniger Schmerzempfindung bei der Aufnahme sehr heisser oder kalter oder scharfer Speisen vorhanden, während der Lichen planus vom Patienten meist gar nicht bemerkt wird; im Gegensatz zur Leukoplakie heilt Lichen planus oft spontan oder unter Anwendung von Arsen. Die syphilitischen Erscheinungen in der Mundhöhle sind schmerzhaft, von einer gerötheten, infiltrirten Zone umgeben, was bei Lichen nicht der Fall ist; sie ändern ihr Aussehen, der Lichen bleibt unverändert. Die Behandlung mit Arsen ist nur wirksam, wenn der Patient alle irritirenden Substanzen vermeidet und sorgfältige Mundhygiene anwendet.

LEFFERTS.

45) **Ledermann** (Berlin). **Lichen ruber der Mundschleimhaut ohne Betheiligung der äusseren Haut.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1906.*

Auf dem Zungenrücken eines Mädchens befanden sich mehrere scharf begrenzte, etwa fünfpfennigstückgrosse Plaques von bläulich rother bis violetter Farbe und sammetartiger Oberfläche.

Bei einem jungen Manne ein ähnlicher Befund. Beide Fälle ohne Betheiligung der äusseren Haut.

ALBANUS (ZARNIKO).

46) **Samuel M. Hyman. Bericht über einen Fall von Gonorrhoe der Mundhöhle. (Report of a case of gonorrhoea of the mouth.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Januar 1907.*

18jährige Patientin; Coitus in os zugegeben. Uvula, weicher Gaumen und

Wangen sind mit milchig-weisser, hier und da blutig gesprenkelter Membran bedeckt. Diese Membran ist nicht adhärent; bei ihrer Ablösung kommt man auf eine rothe, entzündete Oberfläche. Zunge roth, geschwollen, so dass Patientin sie nicht ganz vorstrecken kann. Zahnfleisch von den Zähnen retrahirt, leicht blutend. Temperatur in der Achselhöhle 37. Es besteht keine Genitalgonorrhoe. In der Pseudomembran fanden sich Diplokokken mit allen tinctoriellen und morphologischen Characteristicis des Neisser'schen Gonococcus.

Es wird innerlich Calomel gegeben und local Silbernitratlösung, steigend von 1 : 250 bis 1 : 50, täglich applicirt, daneben Gurgelungen mit gesättigter Borsäurelösung. Pat. wird als geheilt entlassen. LEFFERTS.

47) **A. Weber** (Giessen). **Ueber einen Fall von primärer Mundtuberculose durch Infection mit Perlsuchtbacillen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1907.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines einschlägigen Falles nebst pathologisch-anatomischem und bakteriologischem Nachweis. Die Reincultur der Tuberkelbacillen ergab den Nachweis der Infection mit Typus bovinus. HECHT.

48) **John Almkvist** (Stockholm). **Ueber die Pathogenese der mercuriellen Colitis und Stomatitis. (Om den merkuriella Kolitens och Stomatitens patogenes.)** *Hygiea. März 1907.*

Durch eine Reihe experimenteller sowie mikrochemischer und mikroskopischer Untersuchungen hat Verf. gezeigt, dass wir bei Hg-Vergiftungen mit denselben Krankheitsprocessen im Dickdarm und in der Mundhöhle zu thun haben und dass diese sich auf folgende Weise entwickeln: durch Fäulnissprocesse, die H_2S bilden, wird die Schleimhaut aufgelockert und erodirt; enthält das Blut Hg, bildet sich in den oberflächlichen Schlingen der Capillargefässe — in den Papillen des Zahnfleisches bei Stomatitis — ein Niederschlag von Schwefelquecksilber, der sich in den Endothelzellen der Gefässwände absetzt, wodurch die Circulation und in Folge dessen auch die Nutrition und Vitalität des Gewebes geschädigt werden; zu gleicher Zeit entsteht eine Anhäufung von Leukocyten und schliesslich kann man auch Blutungen und hämorrhagische Infarcte sehen. E. STANGENBERG.

49) **Venegas. Ein Fall von Noma mit Jodinjectionen behandelt. (Un caso de noma curado por las injecciones yodadas.)** *Siglo Medico. Juli 1906.*

Ein 8jähriges Kind erkrankt nach Masern an Noma. Im ganzen Umkreis der Infiltration, der 2 cm betrug, wurde $^1/_2$ g einer Jodlösung injicirt. Schon am nächsten Tage war eine erhebliche Besserung zu constatiren. Die Injection wurde noch einmal wiederholt und es trat rapide Heilung ein. TAPIA.

50) **E. Hellesen** (Christiania). **Bakteriologische Untersuchungen über Noma. (Bakteriologiske Undervögelser over Noma.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 1307. 1906.*

Verf. hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von Noma bei einem $3^1/_2$ Jahre alten Knaben postmortal sehr genau zu untersuchen, und es ist ihm gelungen, einen Diplococcus, der in diesem Falle als pathogen anzusehen ist, nachzuweisen.

E. SCHMIEGELOW.

51) **James T. Campbell. Die Beziehungen zwischen Tonsillarerkrankungen und Vergrösserung der Halsdrüsen. (The relation between disease of the tonsils and enlargement of the glands of the neck.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Mai 1907.*

Der Artikel giebt zahlreiche anatomische und physiologische Thatsachen wieder, enthält eine Literaturübersicht und bringt im Ganzen nichts Neues.

LEFFERTS.

52) **A. Schoenemann** (Bern). **Zur Physiologie der normalen und hyperplastischen Tonsillen.** (Ein klinischer Vortrag.) *Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. No. 4. 1907.*

In eingehenden kritischen Erörterungen, deren Details im Original nachgelesen werden müssen, kommt Autor zum Schluss, „die Stöhr-Brieger'sche Ansicht von der secretorischen Function der Tonsillen und deren Hyperplasie als im höchsten Grade unwahrscheinlich von der Hand zu weisen". „Die transepitheliale Leukocyten- und Lymphocytendiapedese an den Tonsillen ist sehr wahrscheinlich nur eine irrelevante Begleiterscheinung der Thätigkeit des subepithelial gelegenen lymphadenoiden Gewebes. Die Hauptfunction der Tonsillen ist in der internen Zellthätigkeit dieses adenoiden Gewebes selbst zu suchen." „Die Mandeln sind als subepithelial gelegene, d. h. auf den äussersten Posten gleichsam vorgeschobene Halslymphdrüsen zu bezeichnen; in der bleibenden Hyperplasie dieser Organe aber ist die pathologische Erscheinung einer Tumorbildung (chronische Lymphadenitis) zu erblicken, welche unbedenklich dann dem Messer zum Opfer fallen soll, wenn sie durch wesentliche Raumbehinderung Störungen in den Nachbarorganen oder dem Gesammtorganismus hervorruft."

HECHT.

53) **W. H. Kelson. Halsentzündungen. (Sore throat affections.)** *Lancet 7. Juli 1906.*

Es werden einige Bemerkungen über die Mycose der Tonsillen gemacht; die Vincent'sche Angina wird beschrieben, gegen die Verf. als am wirkungsvollsten Jodapplication empfiehlt. Selten ist Streptokokkeninfection des Pharynx, in diesem Fall ist der Pharynx trocken, glänzend und dunkelroth; die Submaxillardrüsen sind geschwollen. Verf. macht auch auf den engen Zusammenhang zwischen Pharyngitis und Verdauungsorganen aufmerksam.

Verf. hat häufig eine Erkrankung gesehen, die der secundären Syphilis des Rachens sehr ähnlich ist, eine chronische oberflächliche Affection, die den Gaumen und die Tonsillen befällt und gegen die sich Arsen wirksam erwies.

ADOLPH BRONNER.

54) **Edmund D. Spear. Halsentzündung. (Sore throat.)** *N. Y. Medical Journal. 21. Juli 1906.*

Verf. ist für frühzeitige Entfernung der adenoiden Wucherungen als dem besten Mittel, um acuten Entzündungen im Hals vorzubeugen. Er bespricht die subjectiven und objectiven Erscheinungen, die bei solchen Entzündungen auftreten.

LEFFERTS.

55) **Herm. Merkel** (Erlangen). **Ein Fall von Angina am Ende der Gravidität mit tödtlicher Streptokokkensepsis im darauffolgenden Wochenbett.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1907.*

Eingehender kritischer Bericht über einen Fall von „hämatogener Infection des puerperalen Uterus mit secundärer Sepsis". Krankengeschichte, Sectionsprotokoll, sowie mikroskopische Untersuchungsbefunde sind in intenso beigefügt. Die forensische Bedeutung dieses Falles bezüglich der Aetiologie des Puerperalfiebers findet eine eingehende Würdigung. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

56) **G. Guillain** und **L. Rendu. Zusammentreffen einer Tetragenusangina mit einem Mandelschanker. (Association d'une angine à tetragènes avec une chancre syphilitique de l'amygdale.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 22. Februar 1907.*

Ein 20 jähriges junges Mädchen erkrankte an einer acuten Angina mit Drüsenschwellung; drei Wochen später constatirte man auf der linken Tonsille eine Pseudomembran. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus fand man auf der linken Tonsille ein von einer weisslichen, sehr fest haftenden Pseudomembran bedecktes Geschwür; starke schmerzhafte Drüsenschwellung. Bei der bakteriologischen Untersuchung fand man auf dem Geschwür und in der Pseudomembran nur Tetragenus. Die Hartnäckigkeit des Geschwürs und die Drüsenschwellung liess an einen Schanker denken; diese Vermuthung wurde durch das Auftreten einer Roseola, die nach Einleitung einer specifischen Cur ebenso, wie das Geschwür verschwand, bestätigt. Der Tetragenus, der aus der Pseudomembran isolirt wurde, erwies sich pathogen für Mäuse und Meerschweinchen.

A. CARTAZ.

57) **J. Douglas Blackwood. Vincent'sche Angina; nebst Bericht über Fälle. (Vincents angina with report of cases.)** *American Medicine. März 1907.*

Von den 9 Fällen, die Verf. gesehen hat, zeigten 7 das Aussehen einer leichten und oberflächlichen Diphtherie; 2 betrafen gesunde Kinder, bei denen Ausstriche vom Rachen die Anwesenheit fusiformer Bacillen und Spirillen ergaben. Der Sitz der Erkrankung waren Lippen, Zunge, Zahnfleisch, Tonsillen und Pharynx; niemals war eine ausgesprochene Gewebszerstörung vorhanden. Es bestand keine Drüsenschwellung, ausser wenn sie schon vorher vorhanden gewesen war. Stets waren die fusiformen Bacillen in grösserer Zahl vorhanden, als die Spirillen.

LEFFERTS.

58) **Bichaton. Drei Fälle von Mykose der Mandeln. (Trois cas de mycose des amygdales.)** *Union médicale du Nord-Est. 17. März 1907.*

Nichts Besonderes.

A. CARTAZ.

59) **Pietro Tilli. Secundäre Tuberculose des Waldeyer'schen Schlundrings bei Lungentuberculose. Experimentalarbeit. (Tuberculosi dell'anello di Waldeyer, secondaria a tuberculosi pulmonare. Lavoro sperimentale.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. September 1907.*

Verf. ist auf experimentellem Wege der Frage nähergetreten, ob die Lungen

tuberculose Localisationen des Tuberkelbacillus in einigen Theilen des Waldeyer-schen Schlundrings zur Folge hat, und in welchen hauptsächlich. Er hat Meerschweinchen und Kaninchen Tuberculosecultur eingeimpft und nachdem die Infection eingetreten war, tödtete er die Thiere mit Chloroform und entfernte die Tonsillen mit allen aseptischen Cautelen zwecks Untersuchung. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Lungentuberculose ist oft von Tuberculose des Waldeyer'schen Schlundrings begleitet; sie geht in diesem mit histologischen Veränderungen einher, die zwar nicht immer das typische Aussehen des Langhans'schen Tuberkels haben, jedoch derartig sind, dass sie mit einer gewöhnlichen katarrhalischen Affection nicht verwechselt werden können. Die Luschka'sche Tousille inficirt sich am leichtesten, darauf folgt die Gaumen- und zuletzt die Kehlkopftonsille. Bakteriologisch gelingt der positive Nachweis nur, wenn man zahlreiche Präparate macht; er ist jedoch stets constant bei Thieren, bei denen ausgesprochene histologische Veränderungen der Tonsillen vorhanden sind. FINDER.

60) **Reunert** (Hamburg). **Ueber Tonsillartuberculose, ein weiterer Beitrag zur Behandlung mit Neutuberculin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 3. 1906.*

28 jährige Patientin zeigt Abmagerung und zunehmende Schwäche, Gliederschmerzen, in der Folge Schluckschmerzen, die sich zu solcher Heftigkeit steigern, dass nur flüssige und weiche Nahrung genommen werden kann. Der Rachen roth, linke Tonsille mit festanhaftendem, weichem Belage bedeckt, links vergrösserte druckempfindliche, rechts eine kleinere geschwollene Maxillardrüse. Milz vergrössert. Rechts eine wallnussgrosse, auf Druck schmerzhafte Drüse, über der rechten Lungenspitze etwas unreines Athmungsgeräusch.

Untersuchung des Tonsillarbelages: Keine Diphtheriebacillen, dagegen Tuberkelbacillen (durch das Thierexperiment sicher identificirt).

Vorzügliches Resultat der Behandlung mit Neutuberculin nach der von Hippel'schen Methode (Arch. f. Ophthalmologie. Bd. 59). ZARNIKO.

61) **Dobrowolski. Ein Fall von Steinbildung in der Tonsille. (Przypadek kamienia w migdale.)** *Gazeta Lekarska. 1907.*

Verf. entfernte aus der linken Mandelhöhle einen Stein von der Grösse einer Wallnuss. A. v. SOKOLOWSKI.

62) **Henkes** (Amsterdam). **Ein neues Tonsilleninstrument.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 3. 1906.*

Das Zuschnüren der um die Tonsille zu legenden Drahtschlinge wird nicht, wie beim Nasenpolypenschnürer, durch Annäherung von Zeigefinger und Mittelfinger an den Daumen, die in dem bekannten Instrument in Ringen liegen, bewirkt, sondern durch einen Hebel, den man, wie eine Knochenzange, voll in die Hand nimmt. Die Kraftentwicklung ist in Folge dessen eine grössere.

ALBANUS (ZARNIKO).

63) Henry P. Moseley. **Der Gebrauch der kalten Schlinge zur Entfernung der Gaumenmandeln. Eine neue Tonsillenschlinge. (The use of the cold wire snare in the removal of faucial tonsils. A new tonsil snare.)** *N. Y. Medical Journal. 3. November 1906.*

Das vom Verf. angegebene Instrument ist abgebildet. Es soll die Mandeln ebenso schnell entfernen, wie ein gewöhnliches Tonsillotom, aber unter geringeren Schmerzen. Blutung fehlt ganz. Besonders wird die Methode für flache Tonsillen empfohlen.

LEFFERTS.

64) Edwin Pynchon. **Ein neues Tonsillotom. (A new tonsillotome.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Der Handgriff ist in einem spitzen Winkel an die Schneide angefügt; es kann in Folge dessen ein grösserer Druck angewendet werden, als wenn, wie es gewöhnlich der Fall ist, der Handgriff in einem stumpfen Winkel angebracht ist. Das Instrument, dessen genauere Beschreibung gegeben wird, ist für beide Hände eingerichtet.

EMIL MAYER.

65) G. M. Peavler. **Tonsillotomie. (Tonsillotomy.)** *American Practitioner and News. August 1905.*

Nichts Neues.

EMIL MAYEH.

66) Gerber (Königsberg). **„Hypopharyngoskopie".** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 53. 1906.*

In dem Aufsatze Killian's „die Grundlagen der modernen Rhino-Laryngologie" ist auch die Hypopharyngoskopie erwähnt.

Hierzu bemerkt Verf., dass auch er vor geraumer Zeit zu einer Combination von Pharyngoskopie und Laryngoskopie gekommen sei mittels Kehlkopfspiegels und eines Spatels, der „vorne ein rechtwinklig abgebogenes Stück hat, das — nach vorausgegangener Cocainisirung — über den Kehlkopf hinüber an die hintere Wand angelegt und mit dem so der Kehlhopf von der hinteren Pharynxwand abgedrängt und nach vorne gezogen wird. Dann gelingt es, im Kehlkopfspiegel die vordere und hintere Wand des Hypopharynx zu übersehen".

Eine Publication dieses Verfahrens war bis zu dieser Mittheilung vom Verf. nicht erfolgt.

ALBANUS (ZARNIKO).

67) Hald P. Tetens (Kopenhagen). **Hypopharyngoskopie (mit Demonstration). Hypopharyngoskopi [med Demonstration].)** (Verhandl. der med. Gesellschaft zu Kopenhagen 12. Februar 1907.) *Veröffentlicht in Hospitalstidende. No. 17. 1907.*

Demonstrirt die von v. Eicken im Herbst 1906 angegebene Methode und zeigt, wie es ihm gelungen war in einem Falle, wo alle andere Untersuchungsmethoden nicht zum Ziele geführt hatten, ein Plattenepithelcarcinom in dem untersten Theile des Hypopharynx und obersten Theile des Oesophagus mittelst der Hypopharyngoskopie nachzuweisen.

E. SCHMIEGELOW.

d. Diphtherie und Croup.

68) A. J. von Sholly. **Befund von Diphtheriebacillen in anscheinend gesunden Mundhöhlen. (Presence of diphtheria bacilles in apparently normal throats.)** *Journal of infectious diseases. 15. Juni 1907.*

Vf. fand, dass diphtherieähnliche Mikroorganismen in der Rachenhöhle sich bei einer gewissen Anzahl von Individuen finden, auch wenn sie nicht der Diphtherieinfection ausgesetzt sind. Ungefähr der dritte Theil der bei solchen Personen isolirten Bacillen ist virulent und ihre Träger sind eine Quelle möglicher Ansteckungsgefahr. Virulente Bacillen finden sich ungefähr viermal so oft bei exponirten, als bei nicht exponirten Personen.

EMIL MAYER.

69) Notiz des Herausgebers. **Die Anaphylaxis bei der Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (The anaphylaxis in the antitoxin treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 17. August 1907.*

Der Ausdruck „Anaphylaxis" wird gebraucht, um die gesteigerte Empfänglichkeit eines Thieres für ein Gift zu bezeichnen, nachdem es die Einverleibung einer nicht tödtlichen Dosis derselben Substanz überlebt hat; er ist also das Gegentheil von Immunität oder gesteigertem Widerstand gegen ein Gift, nach dessen Anwendung in kleinen Dosen. Die subcutane oder intraperitoneale Injection einer angemessenen Menge von Pferdeserum bringt bei normalen Meerschweinchen keine böse Wirkung hervor. Wird dagegen Meerschweinchen eine sehr kleine Dosis Serum, 0,0001—1 ccm, injicirt und nach 10 Tagen oder 2 Wochen wird eine relativ grosse Menge, z. B. 5 ccm, injicirt, so treten sehr heftige Erscheinungen und fast stets der Tod ein.

Die eventuelle Bedeutung dieser Entdeckung in Bezug auf die Antitoxinbehandlung der Diphtherie wird ins Licht gesetzt durch die Beobachtung, dass Meerschweinchen, die die Injection einer Diphtherieantitoxin-Toxin-Mischung überlebt hatten, später an der Injection einer grossen Dosis einfachen Pferdeserums zu Grunde gingen und zwar war dieser Effect zurückzuführen auf den „anaphylaktischen" Einfluss des das Antitoxin enthaltenden Pferdeserums. Diese anaphylaktische Wirkung normaler Sera tritt nach Pfeiffer jedoch nur ein in dem Fall, dass die Sera für das betreffende Thier haemolytisch sind; ob Pferdeserum für den Menschen haemolytisch ist, darüber sind die Meinungen noch getheilt.

LEFFERTS.

70) M. Solis-Cohen. **Latente Diphtherie. (Latent diphtheria.)** *Journal of the American Medical Association. 6. Juli 1907.*

Verf. gebraucht den Ausdruck „latente Diphtherie" für Fälle, in denen keine Pseudomembranen vorhanden sind, sich aber specifische Diphtheriebacillen finden. Er berichtet über 27 Fälle, bei denen die Diphtherieerreger — meist durch Culturverfahren — nachgewiesen werden konnten. Milde aseptische Fälle können ohne Allgemeinerscheinungen oft unter der Form einer leichten Tonsillitis oder Pharyngitis auftreten; sie sind aber ebenso ansteckende, wie die schweren Formen und erfordern dieselben Vorsichtsmassregeln.

LEFFERTS.

71) **Mario Fasano. Tracheotomie oder Intubation? (Tracheotomia od intubazione?)** *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 21. Januar 1906.*

Vf. berichtet über 88 im letzten Decennium bei diphtheritischem Croup ausgeführte Tracheotomien; die Mortalität schwankte zwischen 25 und 56 pCt. Verf. zieht eine Parallele zwischen Tracheotomie und Intubation und empfiehlt die erstere; es scheint jedoch, als ob dem Verf. über die Intubation grössere persönliche Erfahrung mangelt.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **Emil Mayer. Sklerom des Kehlkopfes. (Scleroma of the larynx.)** *American Journal Medical Sciences. Mai 1907.*

Da das Sclerom eine mehr weniger ansteckende Krankheit ist, die wahrscheinlich viel verbreiteter ist, als man glaubt, so sollten die Sanitätsbehörden, besonders auch die Quarantäneärzte, mehr darauf achten. Chronische langdauernde Heiserkeit, besonders mit catarrhalischen Erscheinungen sollte stets nach dieser Richtung ihre Aufmerksamkeit erregen.

LEFFERTS.

73) **Frankenberger** (Prag). **Das Sklerom in Böhmen.** *Wien. klin. Rundschau. No. 4. 1907.*

Der Autor fand, dass weitaus die meisten Scleromfälle Böhmens im nordöstlichen Theile constatirt wurden. Hinweis auf die Wichtigkeit der von Gerber angegebenen Maassregeln zur Bekämpfung des Scleroms. Auf seine Anregung hin wurden Fragebogen an alle Gemeindeärzte und Districtsärzte sowie Krankenanstalten Böhmens ausgeschickt.

CHIARI.

74) **Zuppinger** (Wien). **Zur Therapie der Larynxpapillome im Kindesalter.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. S. 516. 1907.*

Empfehlung des Löri'schen Katheters.

CHIARI.

75) **A. v. Irsay. Haselnussgrosser Polyp am Stimmbande.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1907.*

Beim Patienten fand von Irsay im vorderen Drittel des rechten Stimmbandes einen haselnussgrossen Schleimpolypen, welchen er mit der Schlinge entfernte.

v. NAVRATIL.

76) **Baumgarten** (Budapest). **Die multiplen Papillome des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 62. 1907.*

Die Operation lässt sich meist endolaryngeal ausführen event. ohne Tracheotomie, wenn die Kinder sehr anstellig sind und der Löri'sche Katheder leicht einzuführen ist, den B. auch jetzt noch in der einfachen originalen Form benutzt. Die Laryngofissur bei Kindern hat er in letzter Zeit fast gar nicht mehr ausgeführt. Bei grösseren Kindern und bei Erwachsenen kann die Tracheotomie meist nicht umgangen werden. Nach der Operation sind Aetzmittel nicht anzuwenden, vom innerlichen Gebrauch von Jod und Arsen hat er gar keinen Erfolg gesehen.

SEIFERT.

77) **Hartleib** (Bonn). **Enchondrom des Larynx.** *München. med. Wochenschr. No. 34. 1907.*

Krankengeschichte und Epikrise eines einschlägigen Falles: „Der nussgrosse zäpfenförmige Tumor sass mit breiter Basis auf der linken und hinteren Wand des Kehlkopfes auf, und zwar auf der Cartilago thyreoidea sich hinziehend über die Cartilago cricoidea. Der Tumor füllte zum grössten Theil das Querlumen des Kehlkopfes aus und reichte mit seiner Spitze bis zu einer Entfernung von etwa 1 cm an die Stimmbänder heran.“ Da dieses subchordale Larynxenchondrom auf endolaryngealem Wege nicht entfernt werden konnte, auch für die Laryngotomie zu ausgedehnt war, so versuchte Prof. Graff den Tumor submucös von aussen, ohne Eröffnung der Kehlkopfhöhle, auszuschälen. Unter Schonung des mit dem Larynx fest verwachsenen Oesophagus gelang es, $^2/_3$ des Tumors zu exkochleiren, wodurch die hochgradigen Athembeschwerden des Pat. beseitigt und seine Erwerbsfähigkeit wieder voll hergestellt wurde. Eine unvermeidliche Verletzung des Recurrens hatte eine Posticuslähmung im Gefolge.

HECHT.

78) **Kenigstein. Ein Fall von Kehlkopfsarkom. (Przypadek miesaka krtani.)** *Gazeta Lekarska. 1907.*

Bei einem 20jährigen Manne, der sich seit einiger Zeit über progressiv zunehmende Athemnoth und ein Gefühl von Schlingbeschwerden beklagte, entdeckte Verf. im Kehlkopf eine Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies von glatter Oberfläche, die fast gänzlich das Lumen des Kehlkopfes ausfüllte. Es wurde auf chirurgischem Wege dem Kranken die Hälfte des Kehlkopfes resecirt und die Geschwulst entfernt. Nach Verlauf von 4 Monaten stellte sich das Recidiv ein. Bei der wiederholten Operation wurde der ganze Kehlkopf, das Os hyoideum, wie auch der vordere Theil des Pharynx entfernt. Nach 2 Wochen entstand Schwerhörigkeit und Ohrensausen. Bei der Untersuchung wurde ebenfalls im Nasenrachenraum eine grosse weiche Geschwulst entdeckt. Die beiden Trommelfelle waren stark eingezogen, die Untersuchung mittels Kammertons erwies Störung im Mittelohr. Der Kranke athmete frei, der allgemeine Zustand war ziemlich gut.

A. v. SOKOLOWSKI.

79) **F. Ohkubo** (Japan). **Ein Fall von Sarcoma laryngis.** *Zeitschr. f. Otologie, Rhinologie und Laryngologie. December 1906.*

Ein 44jähriger Kaufmann klagte seit 8 Monaten über Schluckbeschwerden und ein Gefühl von Verstopfung im Halse. Dazu kamen Heiserkeit, Athemnoth und Halsschmerzen. Nach der Tracheotomie wurde mittels Pharyngotomia subhyoidea die ganze Tumormasse (5×4, 5×2 cm) und eine vergrösserte Lymphdrüse ($3 \times 2 \times 1$ cm) entfernt. Der Tumor wuchs von der laryngealen Fläche der Epiglottis aus. Mikroskopisch konnte man Spindelzellensarkom mit Riesenzellen constatiren. 18 Tage nach der Operation starb der Patient an Pneumonie.

INO KUBO.

80) **Sendziak** (Warschau). **Beitrag zur Diagnose und Therapie des Larynxcarcinoms.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 62. 1907.*

Die Laryngofissur ergiebt zweifellos bei Kehlkopfkrebs die besten Resultate,

vor allem in den frühesten Perioden der Erkrankung. Was die Recidive betrifft so ist die totale Resection des Larynx die sicherste Methode. Die endolaryngeale, Methode ist Angesichts des grössten Procentsatzes der Recidive nicht besonders zu loben.

SEIFERT.

81) **Chiari** (Wien). **Bericht über meine Operationen wegen Krebs des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 62. 1907.*

In 35 Fällen von Carcinoma laryngis wurde die Thyreotomie ausgeführt. 1 Fall verlief in Folge von Pneumonie tödtlich, Recidive traten bei 12 Fällen auf, Heilung von zu kurzer Beobachtungsdauer konnte 4mal, relative Heilung 6mal, definitive Heilung (beim Recidiv durch mehr als 3 Jahren) 7mal nachgewiesen werden. Partielle Exstirpationen wurden 28mal ausgeführt, Recidive stellten sich 13mal ein, Heilung von zu kurzer Beobachtungsdauer wurde 3mal, relative Heilung 3mal, definitive Heilung 1mal beobachtet. Totalexstirpationen kamen 2mal zur Ausführung, 1 Fall starb 3 Monate später an Drüsencarcinom, bei dem andern trat ein Recidiv nach einem halben Jahre in den Drüsen auf.

SEIFERT.

82) **E. v. Herczel. Vor 12 und 10 Jahren mit Totalexstirpation operirte, radical geheilte Fälle von Kehlkopfkrebs.** *Orvosi Hetilap. No. 2. 1907.*

Nach H. ist es von grösster Wichtigkeit, dass nach der Totalexstirpation die entstandene Pharynxlücke sich vollständig schliesse. Der eine, am 1. Decbr. 1894 operirte Kranke wurde nach der Operation 4 Tage lang mit der Sonde ernährt, der andere, am 22. April 1896 operirte schluckte schon den andern Tag flüssige Nahrung, und wurde die Sonde überhaupt nicht in Gebrauch genommen. In beiden Fällen krebsige Entartung des Kehlkopfes. Der eine Kranke, der gegenwärtig 68 Jahre alt ist, bekam einen künstlichen Kehlkopf, gebraucht ihn aber nicht mehr. Bei beiden ist der Rachen vollständig von der Trachea isolirt, beide können sich mit der Mundsprache genügend verständigen, keine Recidive.

v. NAVRATIL.

83) **B. Baginsky** (Berlin). **Zur Frühdiagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11 u. 12. 1906.*

Ein „Fortbildungsvortrag“, der demgemäss für die Leser dieses Centralblatts wenig besonders Erwähnenswerthes enthält.

ZARNIKOW.

84) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Neue Zange für endolaryngeale Eingriffe. (Nueva pinza laringea para las intervenciones endolaringeas.)** *Boletin. de Laringologia, Otologia etc. Mai-Juni 1907.*

Die Zange hat gleichzeitig eine Vorrichtung zum Hochheben der Epiglottis für die Fälle, in denen sie den Kehlkopfeingang überdeckt.

TAPIA.

85) **S. v. Stein** und **K. Kasparienz. Fall von seltener bedeutender narbiger Verengerung des Kehlkopfes und des oberen Theiles der Trachea. Laryngotracheo-fissur. Entfernung des Narbengewebes mit nachträglicher Erweiterung. Heilung. (H. redkawo snatsch. rubkowawo sushenia gortani i werchoei tschasti dichat. gorla potschti ro polnoi ne prochodimosti laringo tracheo pistura udolenie rubz. tkani posledowatel. vashireniem, wisdorobslenie.)** *Mitth. der Bazan. Klinik. Bd. 1. p. 102.*

Hinzuzufügen zur Ueberschrift wäre, dass die Operation unter Local-

anästhesie ausgeführt wurde und der Erfolg durch die Anwendung von Ferropyrintampons erklärt wird.

P. HELLAT.

86) **A. Fallas. Ein Fall von Larynxstenose. (A propos d'un cas de sténose laryngée.)** *La Presse otolaryngologique Belge. No. 4. 1906.*

Zuerst waren nur der Pharynx und der obere Theil des Larynx ergriffen; allmählich gewann die Entzündung die Reg. subglottica; dazu kam ein neues Symptom des Spasmus. Solange nur Compression vorhanden war, war die Respirationshemmung nur vorübergehend und trat der Spasmus nur nach einer irgend beliebigen Reizung auf. Je mehr die Läsionen aber sich zur Abscedirung entwickelten blieb die Respirationshinderung permanent bestehen und bildete ein förmliches Ziehen (Cornage), unterbrochen von heftigen Erstickungsanfällen.

Der Kranke war mit Intubation und Tracheotomie behandelt worden; man nahm die Laryngofissur vor. Zum Schluss schritt man zur graduellen Dilatation ohne bemerkenswerthes Resultat, bis man den Kranken nicht mehr zu Gesicht bekam.

PARMENTIER.

87) **Cl. Martin** und **Sargnon** (Lyon). **Ueber die elastische Dilatation mittels Kautschucktuben bei chronischen Verengerungen des Larynx und der Trachea.** *Congrès de chirurgie. Paris 1905.*

Das Killian'sche Verfahren, das ja nach der Indication mit und ohne Operation angewandt werden kann, ist von den Autoren mit grossem Erfolg in Fällen von Narbenstenose bei intubirten oder tracheotomirten Kindern benutzt worden. Die auf diese Weise erzielte Dilatation ist gefahrlos, nicht schmerzhaft und dauernd.

GONTIER de la ROCHE.

88) **Wendeborn** (Pinneberg). **Ein Beitrag zu operativen Behandlung der Larynxstenosen und -Defecte.** *Dissert. Kiel 1906.*

Bericht über einen in der chirurgischen Klinik in Kiel operirten Fall. Ein 8jähriger Knabe, der vor 5 Jahren an Diphtherie gelitten hatte, tracheotomirt worden war und die Trachealcanüle 2 Jahre lang getragen hatte, kam mit den Erscheinungen hochgradiger Larynxstenose zur Aufnahme. Ein vollständiger Heilungserfolg wurde durch die von v. Mangoldt angegebene Methode der Kehlkopfplastik erreicht.

SEIFERT.

89) **C. F. A. Koch** (Groningen). **Larynxstenosen.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 16. 1907.*

Zwei Fälle, bei denen wegen Fremdkörper resp. Diphtherie tracheotomirt worden und die Canüle wegen sofort auftretender Erstickungsanfälle nicht entfernt werden konnte. In beiden Fällen wurde mittels Intubation Heilung erreicht.

Der dritte demonstrirte Fall betrifft ein Mädchen, bei dem durch Messerstiche der Kehlkopf verwundet worden war und bei dem sich im unteren Stimmbandraum eine keloidähnliche Narbenstrictur bildete. Sämmtliche Versuche zur Hebung des Athmungshindernisses, ringförmige Excision der Narbe, Intubation u. s. w., blieben bis jetzt erfolglos. K. beabsichtigt jetzt die Vornahme der einseitigen Stimmbandexcision.

H. BURGER.

90) **Descos. Subglottische postdiphtherische Stenose, mittels Elektrolyse behandelt. (Stenose sous-glottique oblitérante post-diphtérique traitée par l'électrolyse.)** *La Loire Médicale. Januar 1907.*

Es handelte sich um ein $6^1/_2$jähriges Kind, das im Verlauf einer Diphtherie intubirt worden war und schliesslich tracheotomirt wurde. Es entstand eine Narbenstenose, die das Lumen völlig obliterirte. Nach Anwendung der Elektrolyse konnte man zu allmählicher Dilatation schreiten, decanuliren und von Neuem intubiren. Das Kind, dessen Herz krank war, starb an Synkope. Die Autopsie zeigte, dass die Lichtung des Larynx normal weit war. BRINDEL.

91) **Barlatier** und **Sargnon** (Lyon). **Die Laryngotomien und Tracheo-Laryngotomien. (Les laryngotomies et les trachéo-laryngotomies.)** *Archives Internationales de Laryngologie. April 1907.*

Es handelt sich um „die Eröffnung des Larynx allein oder des Larynx und des oberen Theils der Trachea, sei es dauernd oder temporär, im letzteren Falle jedoch für längere Zeit". Die Methode wird angewandt, um bequem das Innere des eröffneten Kehlkopfs behandeln zu können; ihre Anwendung findet sie in Verbindung mit nachfolgender Dilatation besonders bei Narbenstenosen und schweren, ausgedehnten Verwachsungen. Verff. verfügen über 6 Fälle, in denen sie die Laryngotomie mit nachfolgender Dilatation mit Erfolg ausgeführt haben.

Nach gewöhnlicher Laryngotomie, die entweder bis zur Canüle ausgedehnt wird oder nicht, werden die Narbenpartien incidirt und der Larynx an die Haut durch Seidennähte fixirt. Es wird dann ein eingefettetes Kautschuck-Drain eingelegt und mittels eines Fadens an der Canüle befestigt; dieser Drain geht an den Aryknorpeln bis zur Canüle. Allmählich führt man dickere Drains ein. Ist die Dilatation weit genug, so lässt man zuerst die Gaze fort, die das Drain verstopft, dann das Drain und schliesslich die Canüle. Der Larynx wird sehr lange offen gehalten und erst spät eine Hautplastik gemacht. Die Methode ist sehr langwierig — in einem Falle dauerte es 6 Monate, in einem anderen 14 Monate —, aber sicher und rationell. GONTIER de la ROCHE.

92) **Marfan. Neues Verfahren der Detubirung. (Nouveau procédé de détubage.)** *Société de pédiatrie. 19. März 1907.*

Das Kind wird bäuchlings auf einen Tisch gelegt und von einem Gehülfen gehalten. Der Operateur ergreift den Kopf mit der linken Hand und entfernt mit dem rechten Zeigefinger die Tube. A. CARTAZ.

93) **Garlipp** (Berlin). **Zur Behandlung des erschwerten Decanulements.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 35. Vereinsbeilage. 1906.*

Erst nach wiederholten Intubationen mit Gelatine-Alaun-Tuben (nach O'Dwyer-Bókay) liess sich bei einem Knaben das Decanulement ermöglichen. Die Ursache des erschwerten Decanulements soll eine Nekrose des Trachealringes gewesen sein.

In der Discussion bemerkt Börger, dass auch er gute Erfolge mit Intubation bei erschwertem Decanulement gemacht habe. Kob rühmt die Bókay'schen

Alaun-Gelatine-Tuben bei auftretendem Decubitus, die auch dann noch weiter die Intubation gestatten.

Die Bókay'schen Tuben werden hergestellt, indem um den Hals der Tuben erwärmte Gelatine gelegt und auf diese gepulverter Alaun eintrocknen gelassen wird.

ALBANUS (ZARNIKO).

94) **Sargnon** und **Barlatier** (Lyon). **Technik und Resultate der Untersuchung eines erst tracheotomirten, dann intubirten Patienten. (Technique et résultats de l'examen d'un canulard et d'un tubard-canulard.)** *Province médicale. 6. Juli 1907.*

Es ist sehr wichtig, die Hindernisse kennen zu lernen, die bei primär tracheomirten („canulards") und bei intubirten, dann tracheotomirten Patienten („tubard-canulards") sich der definitiven Entfernung der Canüle entgegenstellen.

Verff. empfehlen, gestützt auf einige Beobachtungen, eine Reihe von Proceduren mit und ohne Narkose und in einer oder mehreren Sitzungen stets nach Cocain-Adrenalin-Anästhesie: Wiederholte indirecte Laryngoskopie mit Anwendung der van Eiken'schen Sonde, dann directe Laryngoskopie nach Killian; Tracheoskopie mit dem kurzen Killian'schen Tracheoskop oder dem subglottischen gefensterten Tracheoskop der Autoren; auch die kleinen Pienaczek'schen Spiegel werden angewandt. Besonders empfehlen Verff. den retrograden Katheterismus.

GONTIER de la ROCHE.

95) **Giudice. Tracheotomie und Thyreotomie. (Trachéotomie et Thyrotomie.)** *Thèse de Bordeaux. 1906.*

Die vorhergehende Tracheotomie empfiehlt sich bei recidivirenden Papillomen im Kindesalter und ist unentbehrlich bei multiplen Tumoren. Verf. zählt die Vorzüge auf, die sich für die Operation bieten und denen keine Nachtheile entgegenstehen, besonders wenn man die Moure'sche Canüle braucht. Wenn man Larynx und Trachea durch primäre Naht wieder schliesst, so vermeidet man die meisten postoperativen Complicationen.

BRINDEL.

f. Schilddrüse.

96) **Hector Christian. Therapeutische Wirkungen von Schilddrüsenpfropfungen beim Menschen. (Therapeutical effects of thyreoid grofts in man.)** *N. Y. Medical Journal. 20. April 1907.*

Verf. fand, dass in einigen frischen Fällen die transplantirten Stücke nicht nur keine Degeneration eingingen, sondern activ hypertrophirten, indem sie Adhäsionen mit neugebildetem Gewebe eingingen und alle Charaktere der normalen Drüse annahmen. Ein Myxödem nach zwei Operationen wurde im Laufe von 3 Monaten völlig geheilt. Ch. hat diese Behandlung auch bei Cretinismus mit gutem Resultat angewandt. Je jünger der Patient, desto besser das Resultat. Auch bei Kindern mit verspäteter Dentition, mangelnder Sprache, Unfähigkeit, mit 3 bis 4 Jahren zu laufen, konnte er nach Schilddrüsentransplantation einen günstigen Einfluss constatiren. Er sah, dass die Kinder auffallend schnell wuchsen,

die Zähne rapide hervorbrachen und dass solche, die zur Zeit der Operation kein Wort sprechen konnten, kurz nachher damit begannen. LEFFERTS.

97) **Vincent** (Paris). **Schilddrüsenatrophie und Sklerodermie nach Rheumatismus. (Atrophie thyroidienne et sclerodermie consécutives au rhumatisme.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. März 1907.*

Sklerodermie der Haut und des Halses und Schilddrüsenatrophie traten nach einer primären Phase der Gewebsschwellung der schmerzhaften Hypertrophie der Schilddrüse auf. GONTIER de la ROCHE.

98) **Flanchert** und **Richard. Der Kropf beim Neugeborenen. (Le goitre chez le nouveau-né.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 54. 1906.*

Es kommen parenchymatöse, vasculäre und cystische Kröpfe vor; am häufigsten sind die Gefässkröpfe, seltener die parenchymatösen, von den cystischen ist erst ein Fall bekannt. Die Heredität scheint für die Genese eine grosse Rolle zu spielen. Es kommt bisweilen zu Dyspnoe und Cyanose. Vor der Verwechselung mit einer Thymushypertrophie schützt die Thatsache, dass letztere tiefer liegt, mehr retrosternal ist. Die Prognose ist sehr ernst; es kommt in vielen Fällen zum Tode. Verf. empfiehlt als das beste Mittel die von Polasson und Cadet in zwei Fällen mit brillantem Erfolg ausgeführte Exothyreopexie.

FINDER.

99) **Faber Paul Kühn** (Kopenhagen). **Ueber die Röntgenbehandlung von Struma und Morbus Basedow. (Om Röntgenbehandling af Struma og Morbus Basedowii.)** *Hospitalstidende. 12. Juni 1907.*

Uebersichtsartikel. E. SCHMIEGELOW.

g. Oesophagus.

100) **Kast** (Berlin). **Rückläufige Strömung in der Speiseröhe als Erklärung der belegten Zunge.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 28. 1906.*

Per os in Gelatinekapseln eingenommene Lycopodiumkörnchen zeigten sich innerhalb einiger Stunden in der Mundhöhle. Verf. schliesst daraus, dass ein langsamer Flüssigkeitsstrom entlang der Oesophaguswand aufsteigt durch die rhythmischen Druckschwankungen im Brustkorb in Folge der Athembewegungen, durch die Pulsation der Aorta und des Herzens, ferner durch die Bewegungen des Zwerchfelles und des Körpers. Im Ruhezustand legen sich die Wände des Oesophagus aneinander und lassen nur einen capillären Spalt zwischen sich, Verhätnisse, die die genannte Erscheinung erklärlicher machen.

Der Belag der Zunge hat demnach, vorausgesetzt, dass keine localen Erkrankungen der Mundhöhle oder Speiseröhre und keine ungewöhnliche Beschaffenheit der Zunge selbst vorliegt, die Bedeutung, dass daraus auf einen vermehrten Transport von Substanzen resp. solchen abnormer Substanzen aus dem Magen geschlossen werden kann. ALBANUS (ZARNIKO).

101) **E. Glas. Zur ösophagoskopischen Diagnose der idiopathischen Speiseröhrenerweiterung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 14. 1907.*

Nach Mittheilung der entsprechenden 4 Krankheitsfälle führt G. jene Momente an, welche gegenüber dem oesophagoskopischen Bilde normaler Wandpartien, gegenüber dem Luschka'schen Vormagen, Antrum cardiacum und tiefsitzenden Divertikeln und secundären Dilatationen oberhalb anatomischer Stenosen in Betracht kommen.

CHIARI.

•

102) **A. Horner** (Wien). **Zur Symptomatologie der Perforation des Oesophagus in die Luftwege.** *Wiener med. Wochenschr. No. 31. 1907.*

Ein exulcerirtes Carcinom des Oesophagus brach in der Höhe der Bifurcation in den linken Hauptbronchus ein. Unvermögen feste Bissen zu verschlucken, sowie starker Husten und Brechreiz nach jeder Mahlzeit. Der Röntgenbefund zeigte die Wismutschatten in den Bronchialverzweigungen. Die Lungen zeigten weder intra vitam noch bei der Section acut entzündliche Veränderungen. Bemerkenswerth ist, dass der Patient noch 33 Tage nach der Perforation lebte.

CHIARI (HANSZEL).

103) **Glücksmann** (Berlin). **Weitere Ergebnisse meiner ösophagoskopischen Arbeiten.** (Demonstration von Lichtbildern auf dem Gebiete der Speiseröhrenerkrankungen.) *Berl. klin. Wochenschr. No. 8. 3. Vereinsbeilage. 1906.*

Die vorgeführten recht instructiven Bilder sind mittelst des von Glücksmann erfundenen Instruments gesehen und gezeichnet, und führen unter Anderem vor: eine normale Speiseröhre, eine Ectasie der Speiseröhre, eine Vortreibung der Vorderwand durch Hilusdrüsen tuberculöser oder carcinomatöser Natur, complette Obliteration, mechanische — in Folge von Fremdkörpern — Traumen der Speiseröhre. In einem Falle wurden nach Scarlatina mit diphtherischer Erkrankung strahlige Narbenzüge auf Tonsillen, Pharynx, bis hinunter in den Oesophagus gesehen.

Dann werden noch lehrreiche Bilder von Carcinoma des Oesophagus gezeigt. Ist der Tumor nur an einer Stelle des Schlundrohres wandständig, so lässt er sich in dem Instrument leicht einstellen. In den anderen Formen, wo der Tumor circulär auftritt, dann auch meist Stricturerscheinungen hervorruft, lässt sich der Tumor schlecht einstellen im Instrument, aber an der „Starrheit der bösartig infiltrirten Falten", der „fehlenden gegenseitigen Beweglichkeit" und dem „sehr leichten Auftreten einer blutenden Fissur" beim Aufblasen des Instrumentes ist die Malignität erkennbar.

Einmal wurde ein Herpes an der Cardia und einmal eine Magenschleimhautinsel im Oesophagus beobachtet.

In der Discussion erwähnt Stuertz (Metz) eine Röntgenmethode — Durchleuchtung von RH nach LV, Magenaufblähung, Wismuthfüllung, Sondiren mit Metallsonde —, die die Pars subphrenica des Oesophagus klar darstellt.

ALBANUS (ZARNIKO).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XIV. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

(Bericht des Schriftführers Felix Blumenfeld [Wiesbaden]).

II.

8. Starck (Karlsruhe): Oesophagoskopische Diagnostik von Erkrankungen im oberen Speiseröhrenabschnitt.

Die Oesophagoskopie, welche bei jedem normal gebauten Kinde und Erwachsenen ausführbar ist, erfordert ein gutes Instrumentarium, insbesondere ist darauf zu achten, dass der Mandrin gut in das Rohr passe, damit nicht Schleimhautfalten sich zwischen Mandrin und Tubus fangen. Besondere Vorsicht ist bei Untersuchungen der Speiseröhre und Kehlkopfröhre geboten. Der Verdacht auf Carcinom dieser Gegend ist eine intraoesophageale Probeexcision vorzunehmen. Das Pulsionsdivertikel kann unter Umständen sondirt werden, in anderen Fällen ist seine Oeffnung nicht aufzufinden. Starck weist besonders auf eine bisher nicht beschriebene Erkrankung des obersten Oesophagusabschnittes hin, deren Diagnose vermittelst des Oesophagoskops gestellt werden kann. Die Klagen der Kranken, jugendliche Individuen meist weiblichen Geschlechts, bestehen in Unbehagen, Reizgefühl im Halse, oder leichtem Schmerz und etwas Stechen besonders beim Schlucken grosser, heisser Bissen etc. Die bisherige Therapie war häufig die beim Rachenkatarrh übliche; diese versagt ganz. Wenn alsdann die empfindliche Stelle von dem Patienten in die Speiseröhre verlegt wird, was meist erst später geschieht, giebt das Oesophagoskop Auskunft, während die Sondirung keinerlei Aufschluss giebt. Beim Absuchen des obersten Abschnittes der Speiseröhre constatirte Starck zweierlei Veränderungen. Einmal ganz umschriebene Wandveränderungen, die wie Infiltrate der Wandungen imponirten und zweitens kleine umschriebene Ausbuchtungen der Wand mit entzündlichen Veränderungen der Schleimhaut. Die ersteren waren linsen- bis Pfennigstück gross, die deckende Schleimhaut nicht glatt, sondern leicht höckerig und theils blasser als die Umgebung, theils intensiv geröthet; bei genauer centraler Lage des Tubus ergab sich eine entsprechende Unregelmässigkeit des Schleimhauttrichters und bei Sondiren mit der geknöpften oder Divertikelsonde wurde die Stelle als der Schmerzpunkt geäussert.

In anderen Fällen konnte man jedoch eine ganz deutliche kleine unregelmässige Ausbuchtung des im Uebrigen normalen Lumens feststellen; eine flache Grube, in der etwa 2 Linsen aufgenommen werden konnten. Eine divertikelartige Gestalt hatten sie nicht, insbesondere war keine Andeutung einer Schwelle zu sehen. Der Grund dieser Grübchen war stets entzündet, hochroth, bis hoch blauroth und diese Entzündung erstreckte sich auch nach oben. Speisen fand Starck nie in den Gruben, vermuthet aber, dass trotzdem etwa unter dem Druck eines Bissens Speisereste darin hängen bleiben konnten.

9. von Eicken (Freiburg i/Br.): Weitere Mittheilungen über Hypopharyngoskopie.

Der Hypopharynx kann ausser mit dem von Killian verwandten, von Vortragendem beschriebenen Röhrenspatel, im Spiegelbild untersucht werden;

der ersteren Methode vermittelst Röhrenspatel haften zweifellos gewisse Nachtheile an (Gefahr der Blutung bei Carcinomen etc.). Für die Untersuchung im Spiegelbild giebt es drei Möglichkeiten.

1. Vorziehen des Kehlkopfes mit der Hand von aussen.

2. Man kann den Kehlkopf mit einem gebogenen Instrument von hinten angreifen und nach vorne ziehen (Verfahren von Blumenfeld, Dreyfuss, Gerber).

3. Es besteht die Möglichkeit, den Angriffspunkt in das Kehlkopfinnere zu verlegen, wobei selbstredend eine vorherige Cocainisirung des Larynx erforderlich ist. Man kann nun entweder mit einem U-förmig gebogenen Haken oder mit einem den Kehlkopfsonden nachgebildeten Instrument, das v. Eicken als Larynxhebel bezeichnet, den Kehlkopf von der Wirbelsäule abheben und auf diese Weise mit dem Kehlkopfspiegel einen Einblick in den Hypopharynx gewinnen. Diese Methode hat den grossen Vorzug, dass wir in schonendster Weise den Hypopharynx aufdecken können, ohne ein Instrument in ihn einführen zu müssen.

9a. Bronchoskopische Mittheilungen.

Die in extenso mitgetheilten Fälle können hier nur kurz aufgezählt werden.

Fall 1. $3^1/_2$jähriger Knabe, durch obere Bronchoskopie stückweise eine gequollene Bohne aus linkem Hauptbronchus, den sie fast ganz verlegte, entfernt, dann Dyspnoe, Tage darauf untere Bronchoskopie, in beiden Bronchialbäumen nichts gefunden, Bronchitis, dann Wohlbefinden. Nach einigen Tagen Dyspnoe, Wiedereröffnung der Trachealwunde, Expectoration eines Stückchens Bohnenhaut, Heilung.

Fall 2. Kieselstein im rechten Hauptbronchus eines 5jährigen Mädchens, entschlüpft bei Extraction, v. Eicken findet ihn im linken Bronchus, Extraction, Heilung.

Fall 3. 9jähriges Kind, das nach Genuss von Wellfleisch heftige Athemnoth bekommt, der Fremdkörper zuerst subglottisch, geräth bei ernstem Extractionsversuch in die Tiefe, Tracheotomie, das Fleischstück wird dabei ausgehustet, später erbrochen.

Fall 4. 14monatiges Kind, unter Zeichen schwerer Dyspnoe in die Klinik gebracht, physikalischer Befund giebt keinerlei Anhaltspunkt für Localisation in rechtem oder linkem Bronchialbaum, der linke Hauptbronchus konnte nur in seinem Anfangstheil übersehen werden, dort ebenso wie rechts negativer Befund, Hautemphysem, Tracheotomie, Exitus. Sectionsbefund: Keinerlei Verletzung im Rachen, Trachea etc. Interstitielles Emphysem beider Lungen; ein Stückchen Nusskern im linken Bronchus, ein weiteres tiefer, dort die Ursache des Emphysems. Ob eine vermittelst unterer Bronchoskopie vorgenommene Extraction unter diesen Umständen noch Heilung gebracht hätte, ist zweifelhaft.

Fall 5—8. Weitere Fremdkörperfälle mit Ausgang in Heilung.

Fall 9. Membranöse Tracheitis mit Diphtheriebacillen, Serumbehandlung, Tracheotomie. Wegen eintretender Athemnoth wurden durch ein kurzes, in die Trachealwunde eingeführtes Röhrchen und vermittelst stumpfer Zangen die die Athmung verhindernden Krusten und Membranen entfernt, wodurch verschiedent-

lich die Dyspnoe gehoben werden konnte. Die Entfernung von Krusten aus der Trachea empfiehlt sich, wie auch Pieniaczek zeigte, in ähnlich liegenden Fällen von Verlegung der Canüle und der Trachea durch Krusten und Membranen.

Fall 10. 41jährige Pflegeschwester mit periodischem Auswurf, Athemnoth, Verdichtungserscheinungen im linken Unterlappen, keine Tuberkelbacillen, früher wurde einmal ein abgebrochener Schneidezahn verschluckt, auch besteht eine Struma mit leichter Deformität der Trachea. Obere Bronchoskopie: aus dem linken Hauptbronchus kommt blutig tingirter Eiter. 4—5 cm von der Bifurcation entfernt, eine festweiche Masse, die der hinteren Circumferenz des Bronchus breit aufsass, von einem Fremdkörper fand sich nichts. Excision des Tumors unter sehr geringer Blutung. Nach der Entfernung fühlte sich die Patientin sofort erleichtert.

Die mikroskopische Betrachtung der excidirten Masse ergiebt, dass es sich um ein 1,3 cm langes, 6 mm dickes polypöses Gebilde handelt, das der Unterfläche ziemlich breitbasig aufsass. Wo der Polyp abgetragen ist, findet sich eine unregelmässige, höckerige 3 mm Durchmesser grosse, gelbliche Masse, die die Consistenz von Knorpel hat. Am Stiel des Polypen und an einer Stelle seiner Kuppe ist die Schleimhaut defect und auch hier finden sich kleinere Knorpelperlen. Es handelt sich, wie die histologische Untersuchung bestätigt, um Ekchondrom des Bronchus. Später noch Excision eines kleinen Restes der Geschwulst. Seitdem Wohlbefinden, kein Recidiv.

10. W. Brünings (Freiburg i/Br.): Zur Technik der Bronchoskopie.

An dem gebräuchlichen Instrumentarium für Tracheo- und Bronchoskopie und Oesophagoskopie hat Brünings Verbesserungen angebracht, die die Handhabung dieser Methoden erleichtern und das Instrumentarium einfacher und wohlfeiler gestalten. Sie betreffen 3 Punkte.

1. Die Construction und Handhabung der Beobachtungsrohre. Um die Passage des Kehlkopfes, der schwierigsten Stelle bei Einführung des bronchoskopischen Rohres, zu erleichtern, ist es wünschenswerth, dieses zu verkürzen, sodass mit kurzem Hebelarm gewirkt wird, endlich ist die Einführung des Rohres über die Epiglottis hinweg, die wie überall unter Controlle des Auges geschehen soll, wesentlich erleichtert, wenn das untere Rohrende wie beim Killian'schen Röhrenspatel schräg abgeschnitten ist. Diesen Erfordernissen genügt Brünings dadurch, dass er den Handgriff senkrecht zum Rohre stellt und weiter, dass er in das in gedachter Weise abgeschrägte Rohr unter extremer Raumersparniss ein engeres einfügt, das nach Passiren der Kehlkopfenge nach Bedarf weiter in Trachea bezw. Bronchus vorzuschieben und auf jede Länge einzustellen ist. Die technischen Einzelheiten sind ohne Abbildung in Kürze nicht zu schildern. Es ist ein weiterer Vortheil dieser Construction, dass stets nur so viel Rohrlänge entwickelt wird, als der betreffende Fall erfordert, was das Operiren in der Tiefe erleichtert und eine bessere Ausnützung des Lichtes gestattet; endlich ist die Zahl der Rohre die für die verschiedenen Lebensalter etc. nöthig sind, beschränkt.

2. Die Veränderungen an den Operationsinstrumenten beruhen auf dem

gleichen Principe der Verschieblichkeit in der Längsrichtung und gewähren analoge Vortheile der besseren Anpassung an die im Einzelfall benöthigte Länge und des geringeren Preises der Instrumente. Sie sind mit festem Griff (Killian) so construirt, dass das untere Ende abzuschrauben ist, so dass auf denselben Führungsstab verschiedene Zangen, Häkchen etc. aufgeschraubt werden können. Auch diese Neuerung bedeutet eine Vereinfachung in Bezug auf die Ausrüstung. Die auszuwechselnden Endorgane sind ebenfalls abgeändert; so z. B. eine Krallenzange mit nach Art der Schlangenzähne rückwärts gerichteten nähnadelscharfen Häkchen construirt, die Killian'sche „Bohnenzange" wird durch kleine, scharfe Häkchen, die am Rahmen dieser Fensterzange sitzen, zum Fassen von dicken Gegenständen geeigneter gemacht etc.

3. Die dritte Modification betrifft die Beleuchtung. B. verwendet an Stelle der Stirnlampe eine mit dem Bronchoskop verbundene Lampe hält jedoch an dem der Kirstein'schen Lampe zu Grunde liegenden Princip im Ganzen fest; seine Lampe enthält drei sich in einem Punkte kreuzende Kohlenfäden und ein optisch richtig construirter Condensator richtet einen hohen Procentsatz der vom Kreuzungspunkt ausgehenden Lichtstrahlen parallel in das Untersuchungsrohr; eine Verschieblichkeit des optischen Systems dieser Lampe ermöglicht es, die grösste Helligkeit je nach Lage des Falles, d. h. nach der benöthigten Rohrlänge optimal einzustellen, so dass eine von keinem anderen Beleuchtungssystem erreichte Helligkeit am Rohrende erzeugt wird. Um Verschieberohre etc. in das eingeführte Rohr einführen zu können und behufs Säuberung, wenn der Spiegel angehustet ist, kann der ganze Beleuchtungsapparat zurückgeklappt werden. Um den Gebrauch von Instrumenten zu ermöglichen, ist der Beleuchtungskörper 10 cm vom Rohrende zu entfernen, ohne dass ein nennenswerther Helligkeitsverlust entstände. Bei Anwendung der in der Längsrichtung verschieblichen Instrumente (s. oben ad 2) genügt der Raum zu ihrer Handhabung.

Discussion: Vohsen. (Schlusswort.)

11. Fr. Nager (Basel): Bronchoskopische Mittheilungen.

Zunächst 7 Fälle von Fremdkörpern, die bis auf einen durch obere Tracheo-Bronchoskopie entfernt werden konnten, doch neigt N. der Ansicht zu, bei Kindern in den ersten Lebensjahren eher zu tracheotomiren. Diagnostisch bewährte sich die Tracheo-Bronchoskopie besonders bei Strumen; es konnte der Sitz des comprimirenden Tumors festgestellt werden, ferner die Diphtherie. Bei postdiphtherischen Trachealstenosen wurde durch sorgfältiges Einführen und Liegenlassen der Tuben Besserung erzielt. Bemerkenswerth ist ein Fall von Compression der Trachea und der Bronchien in Folge von spondylitischem Senkungsabscess. Derselbe hatte eine Compression der Bifurcationsgegend bewirkt. Auffallend war die bedeutende Besserung der Athmung bei liegender Röhre. In der Annahme, die Verengerung der Luftwege könnte doch in Zusammenhang stehen mit einer Vergrösserung der Thymus, wurde sie durch Prof. Enderlen exstirpirt; sie erwies sich mässig vergrössert; das Kind verstarb einige Zeit darauf.

Die Obduction ergab den interessanten Befund eines Senkungsabscesses bei tuberculöse Caries des 4. Brustwirbels; die Kuppe des Abscesses entsprach ziemlich

genau der Bifurcationsstelle. Nun waren die Symptome und das tracheoskopische Bild erklärt. Bronchialtumoren können auf bronchoskopischem Wege frühzeitig diagnosticirt werden, wie ein Fall von Carcinom im rechten Hauptbronchus zeigte.

Endlich erwähnt N. 9 Fälle von Fremdkörpern der Speiseröhre, die auf ösophagoskopischem Wege erfolgreich behandelt wurden.

Auch hier handelt es sich mit Ausnahme von Fall 8 um lauter acute Fremdkörperfälle, von denen 6 bei Stenose der Speiseröhre vorlagen. Angesichts der guten Resultate mit obiger directer Methode glaubt N. derselben vor jedem andern Verfahren den Vorzug geben zu müssen. Das gewaltsame Hinabstossen der Fremdkörper ist, wenn Natur und Gestalt der Stenose und des Fremdkörpers nicht genau bekannt sind, zum mindesten als eine gefährliche Methode zu bezeichnen.

Discussion: Siebenmann: Der von Dr. Nager geschilderte Fall zeigt, wie wenig die Hoffnung der Chirurgen auf eine wirksame, gefahrlose Entfernung des Lungencarcinoms selbst für die ersten Stadien desselben gerechtfertigt ist.

12. Kander (Karlsruhe): Meningitis beim Keilbeinhöhlen-Empyem mit Ausgang in Heilung.

Im Anschluss an einen früher beschriebenen Fall von Keilbeinhöhlen-Empyem, der durch Vermittelung einer eitrigen Meningitis zum Exitus kam (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 35) berichtet K. von einem solchen, der durch Behandlung des Empyems geheilt wurde.

Es handelt sich hier um einen Fall, in dem ausgehend von einem Empyem der linken Keilbeinhöhle eine Infection der Meningen, eine eitrige Meningitis entstanden ist. Sie ist direct nachgewiesen durch das positive Ergebniss der Lumbalpunction (Eiter und Kokken im Liquor cerebrospinalis). Als Ausdruck der Meningitis fand sich ausgesprochene Nackenstarre, rasender Kopfschmerz, Muskelhyperästhesie, Bewusstseinsstörungen, Lähmungszustände bald des rechten, bald des linken Facialis, Erbrechen, Pupillendifferenz, ophthalmoskopisch Neuritis optica und schliesslich Fieber mit unregelmässigem Verlauf.

Mit der Beseitigung des Empyems der Keilbeinhöhle verschwanden diese sämmtlichen Erscheinungen. Es war also die Keilbeinhöhle die einzige Stelle, von der aus die Infection der Meningen statt hatte.

13. Georg Avellis-Frankfurt a. M.: Oertliche seröse Meningitis bei acuter Keilbeineiterung mit Spontanheilung.

25 Jahre alte Kranke nach Influenza mit hohem Fieber und starken Kopfschmerzen bietet die Erscheinungen eines acuten Keilbeinempyems links, übrige Höhlen frei. Augenerscheinungen: Temporale Seiten beider Papillen verwaschen, die Papillen hochroth, die Venen hyperämisch, weiterhin Abducensschwäche links, Oculomotorius, Pupillenreaction intact. Heilung mit sehr langer Reconvalescenz. Die Diagnose: Seröse Meningitis begründet A.: Zu der sicher festgestellten Keilbeinhöhleneiterung links kommen folgende Begleitsymptome: Oedem der linken Augenlider, Hyperämie der temporalen Papillenhälfte beiderseits, Anschwellung der Venen des Augenhintergrundes, Abducensparese bei Ausfall eines Fixirpunktes. Der Oculomotorius wird frei geblieben sein, da die Pupillenreaction nicht gestört war. Die spätere Unmöglichkeit, zu lesen und zu schreiben, kann

auf die Entkräftung zurückgeführt werden. Alle diese Erscheinungen können nur durch die Annahme einer circumscripten Meningitis in der Gegend des Sinus cavernosus erklärt werden.

14. Theophil Hug-Luzern: Ueber einen Fall von acuter Leukämie mit Exitus nach Adenotomie.

Das 3jährige schwächlich aussehende Kind hatte erheblich vergrösserte Rachen- und Gaumenmandeln, deren Aussehen nichts Besonderes bot, Entfernung der Adenoiden ohne Narkose, keine Nachblutung, etwa 8 Tage später grosse Schwäche, Vergrösserung von Leber und Milz, hier und da kleine Petechien. Nach weiteren 8 Tagen Exitus, eine 16 Stunden vorher gemachte Blutuntersuchung ergab einen für acute Leukämie typischen Befund, der auch durch die Section bestätigt wurde. Es ist wahrscheinlich, dass eine latente Leukämie schon vorher bestand. Auffällig ist, dass eine stärkere Blutung nach der Adenotomie fehlte.

15. Dünges (Schöneberg): Zur laryngologischen Casuistik.

Eine 37 Jahre alte Ehefrau mit gleichzeitigem Katarrh beider Lungenspitzen zeigte an beiden Stimmbändern an der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel ein stecknadelkopfgrosses Blutbläschen, das als doppelseitiges symmetrisches Angiom angesprochen wird.

Der zweite Larynxfall betrifft eine hereditär belastete 37jährige Ehefrau, die sowohl von der Vorderwand unter den Stimmbändern her, wie auch an der Hinterwand des Kehlkopfes tuberculöse Wucherungen zeigte. Die Therapie bestand lediglich in der physikalisch-diätetischen Allgemeinbehandlung mit nicht ganz strenge innegehaltenem Schweigegebot. Die Wucherungen gingen ohne locale Therapie bis auf leichte Erhabenheiten zurück. Es können also tuberculöse Kehlkopfaffectionen auch ohne locale Therapie heilen.

15a. Zur Theorie des Asthmas.

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

---

b) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. November 1906.

Vorsitzender: Ball.

Ball: 1. Tumor des Pharynx.

Der das Velum spannende Tumor war von aussen hinter dem Unterkiefer zu fühlen.

Butlin hat einen ähnlichen Tumor gesehen, der sich als ein tiefsitzendes eingekapseltes Epitheliom herausstellte.

2. Schwellung der Arytaenoidfalte.

Es handelte sich um eine indolente ödematöse Schwellung der aryepiglottischen Falte bei einem 57 jährigen Mann, die seit 3 Monaten besteht.

Dundas Grant und Barwell halten es für eine chronische Hyperplasie.

Horne beschreibt einen ähnlichen Fall bei einem Nephritiker; es fand sich ein kleines Ulcus und Nekrose des Aryknorpels (keine Tuberculose).

Ball: Papillome in der Nase bei einer Frau.

Warzige Geschwülste auf dem Nasenboden, Septum, unterer Muschel.

St. Clair Thomson: 1. Doppelseitige tuberculöse Laryngitis, seit 3 Jahren völlig geheilt ohne Localbehandlung bei einem 55jährigen Mann.

Während der Zeit von 1899—1901 bestand Infiltration eines Stimmbandes und des Interarytaenoidalraums nebst Erkrankungszeichen über einer Spitze und zahlreichen Bacillen.

Es wurde Freiluftbehandlung in der Nähe von London eingeleitet und seit 1903 zeigt Patient keine Zeichen einer Kehlkopferkrankung mehr.

2. Ausgedehnte tuberculöse Laryngitis; keine Localbehandlung. Völlige Heilung mit Stenose der Glottis; Tracheotomia. Heiung dauert seit einem Jahr.

Patientin ist eine 40jährige Frau. In den Jahren 1904 und 1905 bestand eine Infiltration der Aryknorpel und Ulceration der Interarytaenoidgegend nebst Erkrankung der Lungen; Tuberkelbacillen wurden niemals gefunden. Es erfolgte Vernarbung mit allmählicher Verengerung der Glottis und schliesslich musste die Tracheotomie vorgenommen werden. Seit jener Zeit hat sie an Gewicht zugenommen und der Kehlkopf weist nur Vernarbung auf. Es bestehen keine Zeichen von Syphilis; der Ehegatte starb im Jahre 1900 an Tuberculose. Spontanheilung mit Ausgang in Stenose in solchen Fällen ist sehr selten.

Barwell betont den Werth, den in solchen Fällen die Ruhe hat.

Fitzgerald Bowell legt das Hauptgewicht für die Prognose in den Zustand der Lungen.

de Havilland Hall: 72jähriger Patient mit Ulceration beider Stimmlippen und Tuberkelbacillen.

Nach 3 monatiger Schweigecur, Gebrauch eines antiseptischen Sprays und innerlicher Darreichung von Guajacol kehrte Patient völlig geheilt von einem Seeaufenthalt zurück.

Atwood Thorne hat einen ähnlichen Fall ohne Localbehandlung geheilt.

St. Clair Thomson: Beiderseitige Stirnhöhlenoperation (Killian); gutes kosmetisches Resultat.

Davis: Stenose des Kehlkopfs (zur Diagnose).

Scanes Spicer: Inoperables Carcinom des Pharynx, behandelt mit einer bakteriellen Impfung von Micrococcus neoformans; bereits im Juni 1906 vorgestellt.

Seitdem er zuletzt vorgestellt wurde, hat Patient 20 Injectionen bekommen; er hat 2 Pfund an Gewicht zugenommen. Die Geschwulst ist an einer Stelle zurückgegangen, dafür an einer anderen gewachsen.

Der Vorsitzende meint, der Fall sehe etwas besser aus, als bei der letzten Demonstratiou.

Spilsbury berichtet über das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung, die im April und October angestellt worden ist. Die Epithelzellen des Carcinoms

zeigten Zeichen von verzögertem Wachsthum (weniger mitotische Figuren), aber keine Degeneration. In dem Präparat vom October fehlten die zahlreichen mononucleären Plasmazellen (Unna), mit denen das Präparat vom October erfüllt war. Es scheint in der That ein Versuch zur Bildung von Bindegewebe vorhanden zu sein.

Stuart Low: Fixation des rechten Stimmbandes mit Dysphagie für Flüssigkeiten.

Watson Williams: Epitheliom des Kehlkopfs.

Es wird die Frage der Operation erörtert.

St. Clair Thomson: Maligne Erkrankung der rechten Kehlkopfhälfte bei einem 60jährigen Syphilitiker.

Dundas Grant: Lymphosarkom der Zunge und Epiglottis bei einem 30jährigen Mann.

Eine graue flache Geschwulst sass am Zungengrund und bedeckte den Kehlkopfeingang. Es bestanden keine Drüsen. Das Mikroskop ergab ein Lymphosarkom.

Butlin meint in Bezug auf die Fälle von Grant, St. Clair Thomson und Watson Williams, bei denen die maligne Erkrankung auf der Zungenbasis resp. dem oberen Abschnitt des Kehlkopfs ihren Sitz hatte, dass das beste Verfahren sei, die Drüsen auf der erkrankten Seite zu entfernen und beiderseits in einer Sitzung die Carotis externa zu unterbinden und zu entfernen. Ein paar Tage später wird die Wunde geöffnet und die secundäre Geschwulst auf diesem Wege in Angriff genommen, was jetzt sehr leicht und ohne wesentliche Blutung geschehen könne. Er hat dieses Verfahren mehrere Male geübt; er war davon sehr befriedigt, denn er gewann eine gute Uebersicht über die erkrankten Theile und des Operationsfeldes. (Die Operation ist nachträglich bei dem Grant'schen Fall gemacht worden und der Patient macht gute Fortschritte.)

W. H. Kelson: Fall von Ulceration der Zungenbasis (maligne Erkrankung?).

Vorgestellt zur Diagnose.

Davis: Papillome des Kehlkopfs.

Watson Williams: 1. Zungenhalter für Mundoperationen.

2. Submucöse Septumresection.

Um eine Perforation der Schleimhaut bei der Incision des Knorpels zu vermeiden, schlägt Verf. vor, auf der concaven Seite eine kleine Incision zu machen und von dieser aus mittels eines Elevatoriums vorher die Schleimhaut abzuheben.

Sitzung vom 7. December 1906.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Vorsitzender: Cyste auf dem Boden der rechten Nasenhöhle bei einer 50jährigen Frau.

Lack und St. Clair Thomson halten die Cyste für dentalen Ursprungs.

Sir Felix Semon: Fall von Lähmung der rechten Zungenhälfte, der rechten Theile des Gaumens und des Kehlkopfs (Abductor-Lähmung) in einem Fall von (?) syphilitischer Pachymeningitis bei einem 42jährigen Mann.

Es bestanden noch anderweitige Symptome, die für das Vorhandensein einer ausgedehnten Pachymeningitis sprachen.

Dundas Grant: Fall von Naevus des Gaumens bei einer 20jährigen Frau.

J. Davis: Fall von Ozaena zur Diagnose.

Plötzliches Eintreten des Foetor vor 2 Monaten mit Secretion im Nasenrachenraum.

Tilley berichtet über einen Fall von chronischem Abscess in einer adenoiden Geschwulst bei einem Erwachsenen. Als der Abscess geöffnet wurde, entleerte sich ein äusserst übelriechender Inhalt.

Davis hält im vorliegenden Fall eine Keilbeineiterung für vorliegend.

J. Davis: Fall von Kehlkopfgeschwulst zur Diagnose.

Die Symptome setzten bei dem 40 jährigen Patienten plötzlich vor 6 Monaten ein; die unmittelbare Ursache der Dyspnoe war Schwellung der Aryknorpelgegend. Unter Tod trat etwas Besserung ein.

Sir Felix Semon: Jedenfalls ist eine Perichondritis vorhanden; die Ursache derselben ist zweifelhaft.

Waggett meint, man müsste in allen Fällen von zweifelhafter Erkrankung in dieser Gegend die Hypopharyngoskopie anwenden.

St. Clair Thomson: Fall von Polysinusitis.

Besserung der Narbe nach der Stirnhöhlenoperation durch Massage.

G. C. Cacheart: Fall von Kehlkopfcyste in der ary-epiglottischen Falte.

Die Cyste hatte ungefähr die Grösse einer Haselnuss. Trägerin derselben war eine junge Frau. Es bestanden keine Symptome.

Sir Felix Semon empfiehlt Entfernung der Geschwulst mittels Schlinge und keine Incision.

Horne hat bei ähnlichen Fällen die heisse Schlinge angewandt.

Cacheart: 1. Fall von Ulceration der Interarytaenoidgegend mit Dysphagie (zur Diagnose).

2. Fall von vollständiger Abductorlähmung bei einer 30jähr. Frau.

Es wurde die Tracheotomie nothwendig.

Lambert Lack: Fall von persistirendem Jacobsohn'schen Organ bei einem 30jährigen Mann.

E. Ringhton: Fall von Epitheliom der Zunge und des Kehlkopfs.

Scanes Spicer empfiehlt die Totalexstirpation und in einer vorhergehenden Operation die Entfernung der Drüsen.

Scanes Spicer. 1. Fall von Achondroplasie bei einem 3 Jahre alten Kind.

Es bestanden alle Charakteristica dieses Zustandes nebst ausgesprochener

Depression des Nasenrückens und der Gaumenspalte. Bei der Roentgenuntersuchung, die wegen Unruhe des Kindes in Narkose vorgenommen werden musste, zeigte sich, dass die Lordose völlig sich ausglich und die Mundathmung dabei verschwand. Bei der Mutter bestand deutliche Akromegalie.

2. Fall von chronischem Oedem des Larynx bei einer Lehrerin. Oedematöse Schwellung der Epiglottis und der Aryfalten. Pat. ist Mundathmerin. Sichere Zeichen von Tuberculose fehlen.

Lack hat den Zustand vor einigen Monaten sich entwickeln sehen und dachte an Tuberculose. Der Gesundheitszustand der Patientin ist jedoch ausgezeichnet.

Watson Williams: Fall von Larynxcarcinom (demonstrirt in der Novembersitzung von Scanes Spicer).

Pat. hat jetzt 5 Injectionen der B. neoformans-Vaccine erhalten, der opsonische Index ist fast normal. Die Tumormasse ist gleich gross geblieben, ist jedoch mehr gereinigt und blasser geworden. Die Diagnose auf Carcinom wurde durch das Mikroskop bestätigt.

Lack räth zur Operation bevor es zu spät ist.

Robinson giebt zu, dass die Geschwulst sich gereinigt habe, sie hat aber an Ausdehnung zugenommen.

Herbert Tilley: Fall von festem Oedem der unteren Stirngegend, der seitlichen Nase und der unteren Augenlider.

Robinson hält eine infectiöse Lymphangitis für vorliegend.

Grant hält es für Urticaria.

Horne: Alle diese Fälle haben gemeinsam, dass sie chronisch sind und jeder Behandlung trotzen; sie hängen nicht von dem Naseninnern ab.

Herbert Tilley: Fall von chronischer Stirnhöhleneiterung; Radicaloperation mit sofortigem Verschluss der Wunde.

22jähriger Mann. Entfernung der vorderen Wand- und der Schleimhaut. Sehr geringe Erkrankung des Siebbeins. Sofortige Naht. Gutes Resultat ohne Deformität.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

E. Uruñuela †.

Der Revue Hebdomadaire de Laryngologie etc. entnehmen wir mit vielem Bedauern die Nachricht vom Tode Dr. Uruñuela's, eines der geschätztesten spanischen Laryngologen, der bei dem Internationalen Congress zu Madrid als Präsident der laryngologischen Section functionirte.

Personalnachrichten.

Die Herren B. Fraenkel, Killian, Massei, L. v. Schroetter und Semon sind zu correspondirenden Mitgliedern der Budapester Königlichen Gesellschaft der Aerzte gewählt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIII. Berlin, December. 1907. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Die Gemeindeschulen in Stockholm. (Stockholms Stads Folkskolor.)** *Berättelse för ar 1906. Stockholm.*

Im Jahre 1906 haben die Hals- und Ohrenärzte in sämmtlichen Gemeindeschulen 3907 Kinder untersucht; von diesen waren 420 (10,8 pCt.) schwerhörig, litten 365 (9,3 pCt.) an Ohrenentzündungen, 755 (19,3 pCt.) an Nasenkrankheiten, 468 (12 pCt.) an ad. Veget. und 590 (15,1) an Tonsillenhypertrophie. Nach der Mittheilung von einem dieser Aerzte sind 65 pCt. von den Kindern, denen eine Behandlung angerathen war, in Behandlung genommen (60 pCt. 1905).

Anmerkung. In den Gemeindeschulen von Stockholm sind mehrere — für die älteren Mädchen auch weibliche — Schulärzte und Specialisten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie für Augenkrankheiten angestellt; jene sind verpflichtet, alle Kinder bei ihrem Eintritt in die Schule und während ihres 4. und 6. Schuljahres zu untersuchen, besondere Aufmerksamkeit allen tuberculösen und zurückgebliebenen Kindern zu widmen und wöchentliche Sprechstunden in der Schule zu halten; die Specialisten dagegen sollen die resp. Organe der Kinder während des 2. Schuljahres untersuchen und Auskunft geben, wo die Ohrenkranken z. B. Specialbehandlung bekommen können. Die Medicin ist frei.

E. STANGENBERG.

2) **Gutzmann** (Berlin). **Zur Physiologie und Pathologie der Athmungsbewegungen (Pneumographie).** *Berl. klin. Wochenschr. No. 2. 1906.*

Durch Anlegen eines Gummischlauches, der einem unelastischen Gurtband angenäht ist, um Thorax oder Abdomen verzeichnet Verf. durch Luftdruckübertragung auf die bekannten Marey'schen Schreibkapseln die Athmungsbewegungen des Thorax und des Abdomens, die bei verschiedenen Vorgängen, wie Schreien und Sprechen, besonders typische Curven zeigen. Dabei kann gleichzeitig durch Anlegen zweier Schläuche das Verhältniss von thoracaler zur abdominalen Athmung dargestellt werden. Hier interessiren besonders die Curven, die Verf. von der Schreiathmung bei Säuglingen aufnahm, die zuerst eine deutliche Ataxie der einzelnen Bewegungen erkennen lassen, später mit zunehmendem Alter coordinirter

werden, bis sie später zu harmonisch coordinirten Sprechathmungscurven sich gestalten können.

Unterschieden werden Ruheathmungsbewegungen und Sprechathmungsbewegungen. In der Ruhe ist die Athmungsbewegung „1. automatisch, Brust- und Bauchathmung gleichmässig. 2. Inspiration nur wenig kürzer als die Exspiration. 3. Bewegung eines kleinen Luftvolumens. 4. Weg für die Athmung durch die Nase. 5. Die Stimmlippen bilden bei In- und Exspiration ein längliches Dreieck". Beim Reden und Singen ist die Athmungsbewegung „1. willkürlich, überwiegende Innervation der costalen Bewegungen. 2. Inspiration sehr kurz, Exspiration sehr lang. 3. Es wird ein grosses Luftvolumen bewegt. 4. Der Weg der Athmung geht durch den Mund (ausschliesslich? der Ref.). 5. Die Stimmlippen bilden bei der Inspiration ein grosses Fünfseit, bei der Exspiration einen schmalen Spalt = die tönende Stimmritze".

Pathologische Athembewegungen finden sich fast bei jedem Stotterer (neben anderen Störungen); daher ist wichtig das Erkennen derselben und therapeutisch die Anwendung rationeller Athmungsübungen vor Beginn der Sprechübungen. Bei gewissen Berufen (Lehrern, Predigern, Offizieren) findet sich oft ein anormaler Typus der Sprechathmung, der in einer Poly- und Platypnoë besteht, die fast regulär mit geräuschvollen Einathmungen verbunden ist, und schnelle Ermüdbarkeit der Stimme und Heiserkeit zur Folge hat. Hier sollen vor Allem Athmungsübungen (kurze Einathmung — lange gleichmässige Ausathmung) vor Beginn der Stimmübungen vorgenommen werden.

ALBANUS (ZARNIKO).

3) **Bergmann** (Berlin). **Ein Thee zur Behandlung der Hustenleiden.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. 1906.*

Verf. hat als lindernden Thee bei Katarrhen und Husten eine Mischung von in der Volksmedicin nach dieser Richtung hin benutzten Kräutern gefunden.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **M. Parmentier. Der Husten. (La toux.)** *Le Progrès Médical Belge. No. 3. 1907.*

Dieses Symptom wird selten bei Mitbetheiligung der Luftwege beobachtet, obgleich man einen symptomatischen Husten bei Affectionen des Verdauungs- und Genitalapparates, einen hysterischen Husten oder sine materia kennt. Der Autor führt zwei derartige Fälle von Husten an.

Zurückkommend auf den symptomatischen Husten skizzirt er das Schema des Reflexactes, welcher den Husten constituirt. Diesbezüglich erinnert er an die Theorie von Trousseau hinsichtlich des Mechanismus des Zustandekommens des keuchhustenähnlichen Hustens. P. citirt den Pharyngeal-, Laryngeal-, Nasen- und Ohrenhusten und zeigt die Wichtigkeit der oto-rhino-laryngologischen Untersuchung in den hartnäckigen Fällen von Husten, die häufig und mit Unrecht als „chronische Bronchitiden" charakterisirt werden, und mit einfachen Mitteln heilbar sind: einem Gurgelwasser, einer Bepinselung des Kehlkopfes, einer Cauterisation der hustenerregenden Nasalzonen u. s. w.

AUTOREFERAT.

5) **Glas** (Wien). **Ueber Herpes laryngis et pharyngis (nebst Beiträgen zur Frage der Schleimhauterytheme).** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 7 u. 8. 1906.*

Verf. konnte von der seltenen Erkrankung eine kleine Epidemie von 14 Fällen beobachten, die im Allgemeinen mit folgenden Erscheinungen auftraten: Dysphagie, manchmal Heiserkeit, ab und zu Febris continua. Mitunter, besonders am Aditus laryngis katarrhalische Erscheinungen. Nach wenigen Tagen Zunahme der Beschwerden und Auftreten von mohnkorn- bis linsengrossen Bläschen auf rothem Grunde. Einigemale Zungenbasis und Hypopharynx mitergriffen. Zweimal Eruption von Bläschen besonders da, wo ein vorhandener Polyp eine Reizung der Schleimhaut bewirkt hatte. In zwei anderen Fällen erfolgten in kurzer Zeit neue Bläscheneruptionen: chronisch recidivirender Herpes.

Bei der histologischen Untersuchung exstirpirter Herpesbläschen fand sich eine vorzüglich im Epithel ablaufende fibrinöse Entzündung mit Bildung subepithelial gelegener Blasen, deren Decke nekrotisches Epithel bildet. Im Inhalt von neun untersuchten Herpesefflorescenzen fanden sich 4 mal Staphylococcus albus, zweimal Staphylococcus aureus und albus, dreimal Streptokokken. In einem Falle fanden sich in Bläschen des Larynx und Pharynx neben den Kokken die Miller-sche Spirille und der Bacillus fusiformis.

Ferner wurden zwei Fälle von isolirtem Erythema multiforme der Mundschleimhaut ohne Erkrankung der äusseren Haut beobachtet. Sie zeigten eine grosse Polymorphie der Efflorescenzen auf der Schleimhaut.

ALBANUS (ZARNIKO).

6) **Nielsen Ludwig** (Kopenhagen). **Pemphigus chronicus hauptsächlich der Schleimhäute. (Pemphigus chronicus hovedsagenthyh af Slimhinder.)** *Dänisch dermatologisch Gesellschaft. 5. December 1906. Ref. in Hospitals Tidende. S. 760. 1907.*

Ein 62jähriger Schuhmacher mit Pemphiguseruption in der Mundhöhle, im Schlundkopf und Kehlkopf wurde vorgestellt. Die Krankheit hatte beinahe ein Jahr bestanden.

E. SCHMIEGELOW.

7) **Holländer** (Berlin). **Zur Behandlung der Schleimhauttuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22 u. 23. Vereinsbeilage. 1906.*

Verf. verfügt über eine reiche Erfahrung in Bezug auf die Behandlung der Schleimhauttuberculose und fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, „dass die ascendirende Tuberculose der Schleimhaut des Mundes und der Nase viel häufiger vorkommt, sowohl in Verbindung mit Lupus als auch ohne diesen, wie man bisher dachte. Im Gegensatz zu der descendirenden Form, bei welcher der Zustand der erkrankten Lunge das Krankheitsbild beherrscht, ist die Lebensprognose auch bei der vollentwickelten Form nicht ungünstig. Die ascendirende Form zeigt nach Entfernung des primären Herdes entschiedene Neigung zur Ausheilung. Auch die entstandenen Lungencomplicationen zeigen benignen Verlauf. Die contactlose thermische Therapie in Gestalt der Heisluftcauterisation ist im Stande, Heilungen definitiver Art zu leisten."

Wie Verf. beim Lupus erythematosus mit der combinirten Chinin-Jodbehandlung (innerlich Chinin, local Jodiren) gute Erfolge aufzuweisen hatte, so versuchte

er mit gutem Erfolge die combinirte Jod-Kalomeltherapie (Jod innerlich, Kalomelbestäubungen) namentlich bei Behandlung von tuberculösen Kehlkopf- und Munderkankungen.

In der Discussion spricht sich Senator (Berlin) für möglichste Zerstörung der erkrankten Schleimhautstellen, sei es chirurgisch, sei es durch Heissluft, aus. Dann verdiene noch die Milchsäurebehandlung Anerkennung.

ALBANUS (ZARNIKO).

8) **Senator** (Berlin). **Ueber Schleimhaut-Lupus der oberen Luftwege.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22. 1906.*

Von 35 Fällen mit Gesichtslupus hatten nur 7 gesunde Schleimhäute der Nase; von diesen war aber nur in 2 Fällen die äussere Nase ergriffen.

Für die Art des Uebergreifens des Lupus von aussen nach innen, resp. umgekehrt, kommt als Weg die Continuität, der Lymph- und Blutstrom und zuletzt Uebertragung von äusserem Lupus auf den vorderen Antheil des Septums durch den eindringenden Finger des Kranken in Betracht. Meist waren Introitus und Vestibulum erkrankt. Häufig zeigte das Nasenloch durch Infiltration eine gewisse Starrheit. In einem Fall gab die Erkrankung des Septum cutaneum durch Abwärtskrümmung der Nasenspitze die sogenannte Falken- oder Papageiennase. Das knorpelige Septum ist fast immer erkrankt. Häufig auch gegenüberliegende Theile der unteren Muscheln.

Bei 4 von 35 Fällen war das Septum perforirt. Die mittlere Muschel war zweimal ergriffen. Dreimal bestand ein sogenannter Granulationstumor. Ueber suspecte Stellen der Schleimhaut streicht Verf. mit einer mit trockener Watte umwickelter Sonde: kleine Lupusknötchen verrathen sich dann durch Blutung in Folge ihrer besonderen Vulnerabilität.

Therapeutisch empfiehlt Verf. energische chirurgische Behandlung und Aetzung mit Milchsäure.

ALBANUS (ZARNIKO).

9) **Lee Maidment Hurd. Die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Syphilis der oberen Luftwege. (The differential diagnosis of tuberculosis and syphilis of the upper respiratory tract.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

In manchen Fällen kann weder aus dem mikroskopischen Befund, noch aus dem klinischen Bilde ein sicherer Schluss gezogen werden; solche Fälle müssen solange es nicht gelingt, die Tuberkelbacillen im Gewebe nachzuweisen, als syphilitisch gelten; die gewöhnlichen Dosen von Quecksilber und Jod haben in solchen Fällen oft nur geringfügige Resultate und man muss sie lange Zeit hindurch anwenden, um einen Effect zu erzielen.

EMIL MAYER.

10) **Garel. Hereditäre Syphilis. Localisation im Pharynx und Larynx bei einem 9jährigen Mädchen. (Hérédosyphilis. (Localisation au pharynx et au larynx chez une fillette de 9 ans.)** *Lyon méd. 28. März 1906.*

Es bestand beträchtliche Kehlkopfstenose mit Dysphagie. Auf der rechten Seite des Pharynx bestand eine grauliche Ulceration, Kehlkopfeingang, Epiglottis und ary-epiglottische Falten wurden in eine höckrige Masse umgewandelt. Das

Kind war als tuberculös behandelt worden. G. stellte die Diagnose auf hereditäre Syphilis, liess Hg-Einreibungen machen und gab täglich 2g Jod. Rapide Heilung.

A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) Leon Dieulafé. **Die Morphologie und Embryologie der Nasenhöhlen bei den Wirbelthieren. (The morphology and embryology of the nasal fossae of vertebrates.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Eine Uebersetzung von Hanau W. Loeb. Es muss auf das Original verwiesen werden, da zum Referat nicht geeignet.

EMIL MAYER.

12) **M. Hajek** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss der sogenannten „intraepithelialen Drüsen" der Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVII. S. 95.*

H. constatirt auf Grund eigener Untersuchungen an vier Präparatenn, dass weder in dem knospenförmigen, noch in dem als Ausführungsgang bezeichneten Antheil des intraepithelialen Gebildes irgend eine Zellformation vorhanden ist, welche von den zelligen Elementen des Oberflächenepithels abweicht; dass somit die im knospenförmigen Antheil vorhandenen verschleimten Zellen keinerlei Differenzirung gegenüber dem Oberflächenepithel zeigen, vielmehr mit den Becherzellen des Oberflächenepithels vollkommen identisch sind. Den von Glas erhobenen Befund, dass intraepitheliale Drüsen und infrapitheliale Formen in Bezug auf Zahl und Ausbildung in umgekehrtem Verhältniss zu stehen scheinen, vermag H. nicht zu bestätigen; er fand in seinen Objecten, die recht zahlreiche intraepitheliale Gebilde aufweisen, auch recht zahlreiche infraepitheliale Drüsen. Dies spricht gegen die Hypothese von Glas, nach welcher die intraepithelialen Gebilde vicariirend für die eigentlichen (infraepithelialen) Drüsen eintreten und bei drüsenarmen Hypertrophien die Function der eigentlichen Schleimdrüsen übernehmen.

H. stellt fest, dass in der katarrhalisch afficirten Nasenschleimhaut nicht nur die infraepithelialen Drüsen, sondern auch deren Ausführungsgänge, sowie das Oberflächenepithel eine schleimsekretorische Thätigkeit zeigen. Ueber die Entstehung und das Wesen der intraepithelialen Gebilde hat er sich die Vorstellung gebildet, dass es sich um einen degenerativen Process im Epithel (Verschleimung) und einen sich daran schliessenden reparativen Process (Ueberwucherung der umliegenden Epithelmassen) handelt. Die intraepithelialen Gebilde stellen eine Schutzvorrichtung der Natur dar, indem die durch intensive Verschleimung besonders gefährdeten Epithelstellen in Folge Verlagerung in die Tiefe allmählich von der Function ausgeschaltet werden, damit die Schleimhaut ihres Epithelüberzuges nicht beraubt werde.

F. KLEMPERER.

13) **H. ten Kate** (Tokyo). **Bemerkungen zum Artikel des Dr. G. Gryns über Riechmessungen. (Opmerkingen naar anleiding het opstel van Dr. G. Gryns over reukmetingen.)** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië. Bd. XLVII. Lief. I.*

14) **G. Gryns. Bemerkungen zum vorstehenden Artikel. (Opmerkingen naar aanleiding van het voorgenaande artikel.)** *Ibidem.*

t. K. wundert sich über das Versuchsergebniss von Gryns, der bei den

Eingeborenen Javas eine doppelt so grosse Riechschärfe als bei den Europäern gefunden hat, weil er selbst 1900 in Nagasaki (Internat. Centralbl. für Anthropologie, VII) und 1904 in Kobe bei den Japanern eine bedeutend niedrigere Riechschärfe als die von Zwaardemaker u. A. bei Europäern gefundene constatirt hatte. Er meint, G. habe eine Elite von Javanern (Studenten der Medicin) untersucht, während er selbst in Japan namentlich Personen aus den niederen Gesellschaftsschichten untersuchte.

Bei den in Kobe untersuchten Japanern sowie 1902 bei 165 Javanern hat t. K. die Zwaardemaker'schen Athemflecke bestimmt. Bei den Japanern fehlte die Theilung der Athemflecke in einen antero-medianen und einen postero-lateralen Fleck in 46 pCt.; bei den Javanern nur in 18 pCt. der Fälle. Zwaardemaker hatte damals die Herabsetzung des Riechvermögens der Japaner durch ein hypothetisches Fehlen der Trennung von Riech- und Athembahn am Rande der mittleren Muschel zu erklären versucht.

Gryns erwidert, dass man absichtlich gebildete Personen zu diesen Experimenten verwenden soll. Auch soll vorzugsweise mit Riechstoffen, deren Geruch den Versuchspersonen bekannt ist, experimentirt werden.

Von entwickelungsgeschichtlichem Standpunkte ist es ganz erklärlich, dass bei den gebildeten Stadtbewohnern der Geruch sich erheblicher zurückgebildet hat, als bei den mehr in der Natur Zurückgebliebenen.

H. BURGER.

15) **Lermoyez** (Paris). **Nasaler Husten. (Toux nasale.)** *Société médicale des hôpitaux de Paris. 13. Juni 1907.*

Im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall, in dem ein seit 11 Jahren bestehender Husten durch Behandlung der Nase curirt wurde, betont Verfasser die Nothwendigkeit, die Nase in allen Fällen von unaufgeklärtem Husten zu untersuchen. In dem beobachteten Fall handelt es sich um Polypen, nach deren Extraction sofort dauernde Heilung eintrat. Zu bemerken ist, dass im Lauf eines vorübergehenden Schnupfens stets Nachlass des Hustens bei dem Patienten eintrat, weil die sonst flottirenden Polypen dann durch die verdickte Schleimhaut fixirt wurden.

GONTIER de la ROCHE.

16) **Escat. Besserung von Zahnschmerz durch Einführung von Cocain in die Nasenhöhle. (Toothache relived by cocaine introduced into the nasal chambers.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Mai 1907.*

Die Mittheilung hat für Rhinologen und Zahnärzte gleiches Interesse. Man kann nicht nur die Schmerzen bei Pulpitis und Gingivitis auf diese Weise erleichtern, sondern hat auch ein Mittel, um für die Extraction der Schneide- und Eckzähne, Entfernung der Pulpa etc. Anästhesie zu bewirken. In beschränktem Maasse findet die Methode auch Anwendung bei Gesichtsneuralgie, wenn durch Caries jener Zähne eine reflectorische Reizung hervorgerufen ist.

LEFFERTS.

17) **Pierre Bonnier** (Paris). **Aufhören von Enteritis nach Behandlung von Nasenaffectionen. (Enterite ayant cédé au traitment d'affections nasales.)** *Société de neurologie. 4. Juli 1907.*

Es handelte sich um alte muco-membranöse Enteritiden. In einem Fall trat

Heilung nach Behandlung einer chronischen atrophirenden Rhinitis, im anderen nach Cauterisation der unteren Muschel ein.

GONTIER de la ROCHE.

18) **H. Smurthwaite. Kopfschmerz. Pathologische Zustände der mittleren Muschel als ätiologischer Factor. (Headache. (Pathological conditions of the middle turbinal a causal factor.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1906.*

Kopfschmerz kann seinen Ursprung in der Nase haben und von dort aus behandelt werden; besonders ist dies der Fall, wenn das vordere Ende der mittleren Muschel gegen das Septum gedrängt ist. Die Entfernung des vorderen Endes führt dann Aufhören der Kopfschmerzen herbei.

LEFFERTS.

19) **J. Ph. E ias** (Rotterdam). **Heufieber - Behandlung. (Hooikoorts - therapie.)** *Medisch Weekbl. XIV. No. 10. 1907.*

Ueberblick über den heutigen Stand der Heufieber-Therapie.

H. BURGER.

20) **Wolff-Eisner** (Berlin). **Zur Differentialdiagnose des Heuasthmas gegen die anderen Asthmaformen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1906 und Berl. klin. Wochenschr. No. 1. 1906.*

Sehr wichtig ist die Anamnese (Auftreten des Asthmas ausschliesslich in der Heufieberzeit); in zweifelhaften Fällen, besonders bei Combination von Heufieberasthma mit Bronchialasthma entscheidet das Pollengiftexperiment: Einträufelung einer frisch hergestellten Pollenverreibung in den Conjunctivalsack des Patienten. Tritt hierbei die typische Reaction auf, so muss Heufieberasthma angenommen werden.

Bei Heufieberintoxation werden im Blute keine Antitoxine gebildet, wie nach dem Eintreten echter Toxine, sondern Lysine, wonach keine Immunität, sondern eine erhöhte Empfindlichkeit eintritt. Der Heufieberkranke resorbirt das Polleneiweiss, der Normale nicht.

ZARNIKO.

21) **Wolff-Eisner** (Berlin). **Ueber Heufieberbeobachtungen im letzten Jahre.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 48. Vereinsbeilage. 1906.*

„Die Serumtherapie hat sich bei leichten und mittelschweren Fällen gut bewährt, in schweren dagegen meist versagt.“

„Die ätiologische Therapie des Heufiebers muss in einem besseren Schutze vor den Pollen gesucht werden.“ Zum Schutze der Conjunctiva gegen Pollen sind Automobilbrillen ähnliche Apparate construirt.

Nach Paul Heymann scheint Thyreoidin die Empfindlichkeit gegen Pollen herabzusetzen; mehrere Patienten, bei denen prophylactisch Thyreodin gegeben wurde, berichten über ein milderes Auftreten in diesem Jahre.

ALBANUS (ZARNIKO).

22) **Kammann** (Hamburg). **Das Heufieber und seine Serumbehandlung.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 26. 1906.*

Verf. wendet sich gegen Wolff (Berlin), der das Pollengift für kein eigentliches Toxin im Sinne der Immunitätsforschung hält, sondern für ein Endotoxin. Deshalb sucht der Autor die für ein echtes Toxin von Ehrlich aufgestellten For-

derungen am Pollentoxin zu beweisen: „Als echtes Toxin ist diejenige Substanz anzusehen, die 1. in Bezug auf geringe Substanzmenge eine äusserst starke specifische Giftwirkung entfaltet, 2. immunisirende Eigenschaften besitzt und die Fähigkeit, Antitoxin zu erzeugen, und 3. eine bemerkenswerthe Incubationsperiode aufweist“. Für die beiden ersten Punkte scheint der Beweis leicht erbracht, bezüglich des dritten Punktes entfaltet das Pollentoxin schon in ganz-kurzer Zeit seine Wirkung, dagegen braucht das Ambrosiatoxin (Herbstkatarrh) häufig mehrere Stunden zur Entfaltung seiner Giftwirkung, und auch beim Pollentoxin bilden sich beim Immunisirungsverfahren häufig mehrere Wochen im Thierkörper keine Immunkörper, so dass doch im Grunde eine gewisse Incubationsperiode zu Tage tritt.

„Das Gramineenantitoxin Dunbar's wird durch Injection der Gifte der verschiedensten Gramineenpollen hergestellt; es ist also ein polyvalentes Antitoxin.“ „Das Gramineenantitoxin besitzt aber keine Schutzstoffe in nennenswerther Menge gegen die Toxine, die den Herbstkatarrh hervorrufen, also gegen Ambrosiaceen und Solidagineen.“ „Das zweite Antitoxin Dunbar's wird durch Injection sowohl der Gifte von Ambrosiaceen und Solidagineen als auch derjenigen vom Gramineen gewonnen“, und wirkt dementsprechend gegen beide Arten Katarrhe.

Für das Jahr 1905 liegen von 287 Patienten Berichte vor, von denen 189 ausgezeichneten, 78 theilweisen, 20 keinen Erfolg hatten. Im Ganzen sind mit früherer Beobachtung 792 Fälle beobachtet, von denen insgesammt 83 = 10,4 pCt. ohne Erfolg blieben.

Die Annahme Weichardt's, dass sich im Blute gräserfressender Thiere Schutzstoffe bildeten, sucht Verf. zu widerlegen durch Versuche, bei denen er Thiere mit Maispollen fütterte, ohne je Bildung von Antitoxin feststellen zu können.

Ebensowenig hatte Graminol, eingeträufelt in die Conjunctiva zusammen mit Pollentoxin, bei Heufieberkranken eine den erzeugten Anfall hemmende Wirkung.

ALBANUS (ZARNIKO).

23) **Wolff-Eisner** (Berlin). **Das Heufieber und seine Serumbehandlung.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 31. 1906.*

Verf. hält entgegen Dunbar-Kammann das Pollantin nicht für ein Antitoxin, sondern eher für ein lytisches Serum. Mit Graminol hat Verf. gute Erfolge gesehen.

ALBANUS (ZARNIKO).

24) **Kammann** (Hamburg). **Erwiderung auf den vorstehenden Artikel des Herrn Dr. Wolff.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 31. 1906.*

Nach seinen Untersuchungen hält Verf. das Pollantin für ein Antitoxin. Er lehnt es ab, sich an einer Discussion über die Wirksamkeit des Graminol, das von Weichardt angegeben ist, zu betheiligen, da dessen Zussmmensetzung nicht bekannt gegeben sei.

ALBANUS (ZARNIKO).

25) **Weichardt** (Erlangen). **Zur Serumbehandlung des Heufiebers.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 36. 1906.*

Verf. hält die Entstehung des Heufiebergiftes für einen Process, bei dem

Cytolysen mit im Spiele sind, und versucht den Process durch Hemmungskörper zu behandeln. Das nach seinen Angaben hergestellte Graminol enthält Hemmungskörper gegen die Entstehung der natürlichen Heufiebergifte und ist durch Concentration von Hemmungskörpern des normalen Serum von Pflanzenfressern gewonnen.

Nach Angaben vom Heufieberbund finde sich „in 75 pCt. der Fälle günstige Beeinflussung durch Graminol, bei 38 pCt. voller Erfolg, bei 14 pCt. Nebenwirkungen".

ALBANUS (ZARNIKO).

26) **Zarniko** (Hamburg). **Ueber die Pollantintherapie des Heufiebers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. 1906.*

Statistische Bearbeitung der an das Hamburger hygienische Institut eingegangenen Fragebogen von Heufieberkranken aus dem Jahre 1905 über die Benutzung von Pollantin, die 287 Fälle aus Europa, 205 Fälle aus Amerika umfasst.

Von den europäischen und amerikanischen Fällen, zusammen 492, wurden mit ausgezeichnetem Erfolge 302 Fälle = 61,3 pCt., mit unvollkommenem Erfolge 113 Fälle = 23,1 pCt., und ohne Erfolg 77 = 15,6 pCt. behandelt.

Bemerkenswerth ist der noch unaufgeklärte Unterschied dieser Statistik, die ein ähnliches Resultat, wie eine frühere 505 Fälle umfassende Arbeit aus dem Hamburger hygienischen Institut von Lübbert (59,2 pCt. : 28,3 pCt. : 12,5 pCt.) brachte, gegenüber den statistischen Mittheilungen (8. Bericht) des Heufieberbundes über 200 Fälle (26,5 pCt. : 42,5 pCt. : 31 pCt.).

Bezüglich der Anwendungsweise des Pollantin muss besonders auf Application kleinerer, event. öfter wiederholter Dosen des Mittels gedrungen werden.

Es giebt Idiosynkrasien gegen die Sera gewisser Pferde. In solchen Fällen tritt eine Reizung durch Pollantin, namentlich bei Anwendung einer grösseren Menge, ein. Ein anderes Röhrchen Pollantin, gewonnen von einem anderen Pferde, hat dann gewöhnlich nicht diese Wirkung.

Kranke, die auf das als Heufieber-Diagnosticum den Aerzten zugängliche Toxin reagiren, „sind wir berechtigt, als zuverlässig Heufieberkranke anzusprechen".

Dagegen lassen die vorliegenden Erfahrungen noch nicht den Schluss zu: „Alle Symptome, die durch Pollantin günstig beeinflusst werden, gehören zum Heufieber, die übrigen nicht."

Von der intranasalen Therapie sah der Autor niemals Erfolge, ebensowenig Resultate von der durch Denker (Münch. med. Wochenschr. 1905, No. 19) empfohlenen Schleimhautmassage.

ALBANUS (ZARNIKO).

27) **Georg Avellis** (Frankfurt a. M.). **Ueber Heuschnupfenbehandlung nach eigenen Erfahrungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1907.*

Nach kurzer Erörterung über die verschiedenen Ursachen des Heuschnupfens in Europa und Amerika, über die Bedeutung des Heufieberbundes, über Disposition und Heredität berichtet Autor über seine eigenen Erfahrungen und Ergebnisse seiner Behandlung, die sich zu kurzem Referat nicht eignen. In gesonderten Capiteln bespricht Avellis die „locale Behandlung der Nase", „äussere Nasen-

therapie“, „Pollantin- und Graminolbehandlung“, sowie „anästhesirende Therapie“, der er als „Schlussbemerkungen“ seine Methode der Heufieberbehandlung anschliesst. Details müssen im Original nachgelesen werden. HECHT.

28) **Eduard Richter** (Plauen i. V.). **Operative Heilung eines Asthmas.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1907.*

Bei einem durch 16 Jahre mit den mannigfachsten internen Mitteln und zahlreichen intranasalen Operationen erfolglos behandelten Asthmatiker beseitigte die Entfernung einer Knochenbrücke der Nase das Asthma endgültig. Die Knochenbrücke „spannte sich von der unteren Muschel der rechten Seite hinüber zum Septum, war 6—7 cm lang, oben und unten selbstverständlich mit Schleimhaut überklebt und reichte bis zur Choane“. Anschliessend physiologische Betrachtungen über Entstehung des Asthmas, speciell des nasalen. HECHT.

29) **H. Holbrook Curtis. Aetiologie und neuere Behandlung des Heufiebers. (The etiology and recent treatment of hay fever.)** *Journal of the American Association. 13. Juli 1907. N. Y. Medical Journal. 20. Juli 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Das Heufieber bedarf einer nicht specifischen Behandlung. Die Zahl der Fälle von hyperästhetischer Rhinitis, die auf andere erregende Ursachen, als Pollen zurückzuführen sind, beträgt ungefähr ein Drittel der Gesammtzahl. Ungefähr ein Drittel der Fälle, bei denen man die Pollen als ätiologischen Factor anschuldigt, können durch allgemeine und chirurgische Maassnahmen gebessert werden. Verf. meint, dass der Sympathicus eine wichtige Rolle bei der Entstehung des Heufiebers spielt. Unter den medicamentösen Mitteln räumt Verf. dem Adrenalin den ersten Platz ein; die grösste Bedeutung misst er der Allgemeinbehandlung und der Klimatotherapie mit vorheriger Beachtung aller Veränderungen in der Nase bei. EMIL MAYER.

30) **Jehle. Ueber Desinfectionsversuche des Nasenrachenraums mit Pyocyanase bei Meningitis cerebrospinalis.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 1. März 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1907.*

In zwei Fällen mikroskopisch und culturell festgestellter Meningitis cerebrospinalis bewährte sich die Sprayapplication von Pyocyanase, eines rasch wirksamen und vollständig ungefährlichen Mittels. Die Verschleppung der Krankheit geschieht nicht so sehr durch die genickstarrekranken Kinder, als vielmehr durch gesunde, erwachsene Zwischenträger, d. h. Personen, welche selbst gesund bleiben, aber in ihrem Nasenrachenraum den Erreger bergen. CHIARI (HANSZEL).

31) **L. Jehle** (Wien). **Ueber das Vorkommen des Meningococcus und des Micrococcus catarrhalis im Nasenrachenraum und Desinfectionsversuche mit Pyocyanase bei dieser Infection.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1907.*

Sowohl die Meningokokken als auch der Micrococcus catarrhalis finden sich meist in den Schleimmassen des Nasenrachenraumes, in der Regel niemals in den Nasenhöhlen, woselbst sie wahrscheinlich durch die trockene Luftströmung zu Grunde gehen. Angabe einer Methode von Secretgewinnung aus dem Nasenrachen-

raum bei Kindern (nach Escherich). Die Bakterienflora im Nasenrachenraum bei den einzelnen Menschen ist eine auffallend constante, ein Individuum birgt fast ausschliesslich Streptokokken, ein anderes das Bacterium coli, den Bacillus Friedländer u. s. w.

Die Pyocyanase wurde durch eigens construirte kleine Sprayapparate oder durch einfaches Einträufeln in den Nasenrachenraum gebracht.

Die Meningokokken verschwinden nach 1—2maliger Application der Pyocyanase aus dem Nasenrachenraum, während genanntes Mittel auf andere Bakterienarten gänzlich wirkungslos blieb.

CHIARI (HANSZEL).

32) **Walb** (Bonn). **Zur Pathologie der sogenannten Tornwaldt'schen Krankheit-** *Deutsche med. Wochenschr. No. 3. Vereinsbeilage. 1906.*

In den Krusten, die sich bei manchen Krankheitszuständen am Rachendach bilden, hat Verf. häufig Schimmelpilze (Aspergillus, Penicillium) vorgefunden. Er macht diese für die besondere Hartnäckigkeit der Erkrankung verantwortlich.

ZARNIKO.

33) **Pincus** (Berlin). **Beitrag zur Klinik und Chirurgie des Nasenrachenraumes.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 82. Bd. 1907.*

Auf Grund eines Materials von 18 Tumoren des Nasenrachenraumes bespricht der Verf. die klinischen Erscheinungen, die Differentialdiagnose und die an der v. Bergmann'schen Klinik zur Ausführung gekommenen Operationsmethoden.

SEIFERT.

34) **Kempf** (Braunschweig). **Ueber den idiopathischen Retropharyngealabscess und seine Beziehung zu den retropharyngealen Tumoren.** *Arch. f. klinische Chirurgie. 82. Bd. 3. H. 1907.*

Bei der Incision eines idiopathischen Retropharyngealabscesses bei einem Kinde fand sich ein zum Theil erweiterter Tumor, dessen histologische Untersuchung einen lymphangiomatösen Mischtumor ergab. Möglicherweise ist ein grosser Theil der idiopathischen Retropharyngealabscesse auf die Infection congenital veranlagter Tumoren zurückzuführen.

SEIFERT.

35) **De Jimenez** (Madrid). **Zwei Fälle von Retropharyngealabscess. (Dos casos de abscesos retro-faringeos.)** *Revista ibero-americana de ciencias medicas. October 1906.*

Nichts Neues.

TAPIA.

36) **Gallego** (Murcia). **Retropharyngealabscess der Kinder. (Abscesos retro faringeos en los minos.)** *Revista de medicina y formacia de Murcia. Juli 1906.*

Bericht über 7 Fälle. Nichts Neues.

TAPIA.

37) **L. Torrents** (Barcelona). **Spät erscheinende adenoide Vegetationen. (Vegetaciones adenoides des arrolladas tardiamente.)** *Revista Barcelona dé laringologia. No. 8.*

Nichts Besonderes.

TAPIA.

38) **Rontaler. Ein Fall von Nasenrachenpolyp. (Przypadek polypa nosogarchie lowego.)** *Gazeta Lekarska. No. 8. 1907.*

Es handelte sich um einen 28jährigen Mann, bei dem Verf. einen ziemlich grossen (8 cm langen) Polypen, der das Athmen hinderte, mittels der Jurasz'schen Zange mit günstigem Erfolge beseitigt hat.

A. v. SOKOLOWSKI.

39) **Teterewjatnikow. Von der Häufigkeit der Adenoiden in ihrem Zusammenhang mit den Ohrenerkrankungen und der Aprosexie der Lernenden. (O tschostoke sabolew. adenoidanii, ich swjaki s uschmini bolemjani i ob aproseksii utschasch.)** *Mitth. der Bazan. Klinik. Bd. 1. S. 123.*

Unter den Besuchern der Klinik (7270) wurden 594 Fälle von Adenoiden oder 9% constatirt.

P. HELLAT.

40) **S. Citelli** (Catania). **Ueber eine Lymphdrüse und eine Erweichungscyste in der Pharynxtonsille eines Kindes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVII. S. 157.*

Befund an einem Leichenpräparat, das von einem 1 Monat alten Kinde stammte.

KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

41) **G. Schorr. Zur Entwickelungsgeschichte des secundären Gaumens bei einigen Säugethieren und beim Menschen.** *Anat. Anzeiger. Bd. XXX. H. 1. S. 24.*

Beim Menschen und bei den untersuchten Säugethieren ist der Entwickelungsmodus der Umlagerung der Gaumenplatten ganz identisch. In der Periode der Umlagerung ist die Zungenspitze schon weit nach vorn gewachsen und befindet sich unter der Zwischenkiefergegend. Die Tendenz der Zunge, in den breiter gewordenen Unterkiefer zu sinken, ermöglicht ein Gleiten zwischen der Zunge und den sich allmählich hebenden Gaumenplatten. Die Gaumenplatten werden durch das Höhenwachstum des Oberkiefers in eine zum primären Gaumen parallele Ebene gestellt. Die Aeste des N. palatinus verlaufen immer medialer und nähern sich immer mehr der horizontalen Ebene, je älter das Stadium der Umlagerung ist.

J. KATZENSTEIN.

42) **Forns** (Madrid). **Tertiäre Syphilis des Gaumensegels. (Sifilide tertiaria del velo-palatino.)** *Revista de especialidades médicas. April 1907.*

Die Diagnose der gummösen Infiltration des Gaumensegels bietet anfangs oft grosse Schwierigkeit; die Affection kann bisweilen mit einer peritonsillären Entzündung verwechselt werden. Man muss rechtzeitig eine intensive antisyphilitische Behandlung einleiten.

TAPIA.

43) **Mosse** (Berlin). **Demonstration eines Kranken mit vollkommener Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand.** *Berliner klin Wochenschr. No. 40. Vereinsbeilage. 1906.*

Aetiologisch ist bei dem gleichzeitigen Bestehen eines Aneurysma und von Leucodermata Lues anzunehmen.

ALBANUS (ZARNIKO).

44) **Bonnette. Vollkommene Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand. (Soudure complète du voile du palais á la paroi postérieure du pharynx.)** *Gaz. des hôpitaux. 11. April 1907.*

Der Fall betrifft einen Soldaten, der im Alter von 17 Jahren einen Schanker aquirirt hatte und bei dem trotz viermonatiger Dauer einer Hg-Kur der geschwürige Process an der hinteren Pharynxwand auftrat, der dann zu der völligen Verwachsung führte. Das Gehör ist ziemlich abgeschwächt, die functionellen Störungen in Bezug auf Schluckvermögen, Sprache sind wenig ausgesprochen. Einen chirurgischen Eingriff hat Verf. nicht versucht und sich darauf beschränkt, für Hygiene und Reinlichkeit zu sorgen.

A. CARTAZ.

45) **P. H. Schoonheid** (Haag). **Epithelioma palati mollis.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. 1906.*

Demonstration eines 78jährigen Kranken.

H. BURGER.

46) **Rollin** (Stettin). **Ursachen der belegten Zunge.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 18. 1906.*

Verf. untersuchte mikroskopisch den nüchternen Magensaft und fand bei Superacidität (rothe Zunge) viel Epithelien, bei Dyspepsie (belegte Zunge) wenig Epithelien. Da ein normal ernährtes Blut nur bei normaler bis übernormaler Acidität des Magens zu finden ist, eine Anämie die Folge der mangelnden Acidität des Magens sein kann, eine gute Ernährung der Zunge aber normale Abstossung ihrer Epithelien, eine schlechte Ernährung durch anämisches Blut Schwäche des Stoffwechsels der Zunge und Schwäche ihrer Epithelabstossung hervorruft, so wäre der Zusammenhang — im Einklang mit dem erwähnten mikroskopischen Befund — von rother und belegter Zunge und normaler bis übernormaler Acidität und mangelnder Acidität des Magens festgestellt.

ALBANUS (ZARNIKO).

47) **Okunew. Zur Frage der behaarten schwarzen Zunge. (K woprosu o tschernom, wolosatom pasike.)** *Jeshemesjataschnik. No. 2 u. 3. 1907.*

O. beobachtete 2 Fälle schwarzer Zunge, untersuchte sie mikroskopisch und chemisch. Die Papillae filif. enthielten ein eisenhaltiges Pigment und waren colossal vergrössert.

O. schnitt die hypertrophirten Papillen mit einer Scheere ab und liess die Zunge mit einer Jodglycerinlösung bepinseln. Erfolg vollständig.

P. HELLAT.

48) **W. Dubreuille. Leukokeratose der Zunge. (Leukokératose de la langue.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. VIII. 1907.*

Verf. empfiehlt gegen die dicken, papillomatösen Leukokeratosen aller Syphilitiker die Decortication. Man soll auf diese Weise die Umwandlung in Epitheliom verhüten. Diese Behandlung erscheint ihm anwendbar für die Zunge, die Lippen und die Innenfläche der Wangen.

BRINDEL.

49) **Arnold Baumgarten** (Wien). **Ein Fall von peripherer einseitiger Hypoglossuslähmung mit Hemiatrophie der Zunge.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 31. 1907.*

Die Erkrankung trat im Anschlusse an eine gelegentlich einer Halslymph-

drüsenexstirpation gesetzte Verletzung des Hypoglossusstammes unterhalb der Anastomose mit den Nerven der II. und III. Cervicalwurzel auf. Die bestehende Asymmetrie der vorderen Gaumenbögen dürfte wahrscheinlich angeboren sein. Entartungsreaction fehlte.

CHIARI.

50) **Heller** (Berlin). **Ueber Syphilis der Curuncula sublingualis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1906.*

Bei einer Patientin mit alter recidivirender Syphilis entwickelte sich rechts unter dem vorderen Theil der Zunge an der Stelle der Caruncula sublingualis eine hahnenkammähnliche Neubildung, die entfernt wurde. Mikroskopisch bestand sie aus circumscripten, für Syphilis sprechenden Infiltraten. Störungen der Speichelsecretion waren nicht beobachtet.

ALBANUS (ZARNIKO).

51) **Davidsohn** (Berlin). **Erkrankung der Caruncula sublingualis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 36. 1906.*

Bei einer Patientin trat innerhalb 6 Tagen eine Schmerzhaftigkeit in der Submentalgegend und unter der Zunge auf, die ihren Grund hatte in einer $1^1/_2$ cm langen, hahnenkammartigen Erhabenheit der Caruncula sublingualis. Unter Spülung mit Hydrogen. peroxyd. ging die Schwellung zurück. Für Syphilis sprach nichts.

Verf. hält die Geschwulst für das Product einer einfachen irritativen Entzündung, wie vielleicht auch in einem, von Heller für Syphilis der Caruncula gehaltenen, kürzlich publicirten Fall.

ALBANUS (ZARNIKO).

52) **Texier** (Nantes). **Symptome und Diagnose der Aneurysmen der Carotis interna. (Signes et diagnostic des aneurysmes de la carotide interne cervicale.)** *Bulletin Médical. No. 51. 1907.*

Allgemeine Uebersicht im Anschluss an zwei interessante Fälle. In beiden Fällen handelte es sich um einen weichen in den Pharynx vorspringenden und Mandel und Gaumenbögen verdrängenden Tumor. Es bestand keine Pulsation noch mit dem Puls synchrone Extension. Im zweiten Fall wurde die Diagnose auf Grund eines auscultatorisch über der Ausbuchtung wahrnehmbaren Geräusches gestellt. Im ersten Fall glaubte man zuerst an einen Abscess, erst die Punction hob den Zweifel.

GONTIER de la ROCHE.

53) **N. Sack** (Moskau). **Ein Fall von anormalem Verlauf der Carotis interna im Rachen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. Heft 5. 1907.*

Bei einer 10jährigen anämischen, kyphotischen Patientin, die wegen Halskitzels und dadurch bedingten beständigen Räusperns Hilfe suchte, zeigte sich — bei Abwesenheit katarrhalischer Erscheinungen im Rachen — „an der linken hinteren Rachenwand, in der Gegend, wo man den pathologischen Seitenstrang sieht, ein dickes (5—6 mm), stark pulsierendes Gefäss direct unter der Schleimhaut „von unten nach oben leicht bogenförmig" hinziehen. Die Carotis links aussen pulsirte im Vergleich zur rechten Seite viel undeutlicher bei der Betastung des Halses (Verlagerung der Carotis communis nach innen). „Diese anormale Lage der Carotis an der hinteren seitlichen Pharynxwand verursachte das Gefühl

von Kitzel im Halse" und veranlasste das Räuspern. Vorsichtiges Bestreichen der betr. Gegend mit 1proc. Lugol'scher Lösung dämpfte das Kitzelgefühl.

HECHT.

54) **Katzenstein** (Berlin). **Demonstration eines Aneurysma der Maxillaris interna.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. Vereinsbeilage. 1906.*

Die 41jährige Patientin leidet seit $1^1/_2$ Jahren an Schluckbeschwerden. Der linke weiche Gaumen ist prall elastisch — ganz in Art eines peritonsillitischen Abscesses — vorgewölbt, „ausserdem aber stark pulsirend". Hinter dem Kieferwinkel ebenfalls pulsirende Geschwulst, die offenbar mit der Vorwölbung am Gaumen in Verbindung steht. Sonst nirgends Besonderheiten ausser leichter Parese des linken Stimmbandes und auch sonst vorhandenen Veränderungen im Arteriensystem, so dass die Diagnose, Aneurysma der Maxillaris interna, wahrscheinlich erscheint. Zur Therapie will Vortr. die Carotis externa unterbinden. Der Fall fordert auf, vor der Incision peritonsillitischer Abscesse auf Pulsation zu achten.

ALBANUS (ZARNIKO).

55) **C. J. Munk** und **N. S. Mc. Lean. Gangosa. (Gangosa.)** *Journal of the American Medical Association. 13. October 1906.*

Verf. beschreibt die als „Gangosa" bekannte Form von ulcerirender Rhinopharyngitis, welche auf den Ladronen und Carolineninseln endemisch zu sein scheint, aber auch aus anderen tropischen Gegenden berichtet worden ist. Die Krankheit besteht dort seit mindestens 150 Jahren, ist auf die Eingeborenen beschränkt und scheint weder hereditär zu sein, noch von der Ernährung abzuhängen. Nach des Verf.'s Meinung ist sie auf eine specifische Infection, deren Träger möglicherweise Fliegen sind, oder die durch directen Contact vermittelt wird, zurückzuführen. Die Krankheit ist selten tödtlich; andere als die localen Symptome sind nicht beobachtet worden. Fordyce erklärt die Affection für ein Granulom von unbestimmter Natur; die Histologie ähnelt der bei Tuberculose. Sie beginnt mit einer Ulceration der Pharynxschleimhaut, die rapide sich ausbreitet und bisweilen den harten Gaumen, Nase, Augen und Gesicht ergreift. Die Zunge und die Kaumuskeln werden verschont; das Gehör ist selten beeinträchtigt. Das active Stadium kann unbestimmt lange dauern oder zu jeder Zeit ein Ende nehmen; im Ruhestadium bleibt Narbengewebe zurück. Einen foudroyanten Verlauf nimmt die Krankheit bei kleinen Kindern, wo sie gewöhnlich in 48 Stunden tödtlich endet und der Diphtherie ähnelt. Ueberlebt der Patient diese Zeit, so nimmt die Affection ihren gewöhnlichen Verlauf. Die Diagnose ist einfach. Das plötzliche Eintreten unterscheidet die Krankheit von Lepra und Lupus; die charakteristischen Bakterien fehlen. Von der Syphilis unterscheiden sie die Symptome; die specifische Behandlung lässt im Stich. Die Ansteckung ist evident und daher Isolirung geboten. Die Behandlung ist eine locale und besteht in Anwendung von Jodtinctur und bisweilen Galvanocauterisation; ferner sollen antiseptische Mundwässer gebraucht werden. Verf. weist auf den möglichen Nutzen der Röntgenstrahlen- oder Luftbehandlung hin.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

56) **De Simoni. Ueber die Verbreitung der Pseudodiphtheriebacillen bei den Affectionen des Ohres, der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. (Sulla diffusione dei bacilli pseudodifterici nelle affezioni dell'orecchio, del naso, della faringe e della laringe.)** *Rivista Ospedale Maggiore di Milano. April 1906.*

Verf. fand die Pseudodiphtheriebacillen bei den verschiedensten Affectionen der ersten Luftwege. Das einzige differentialdiagnostische Moment zwischen Pseudodiphtherie- und Diphtheriebacillen ist die Untersuchung der Virulenz mittels des Experiments.

FINDER.

57) **Notiz des Herausgebers. Antidiphtherieserum und postdiphtherische Paralyse. (Antidiphtheric serum and post-diphtheric paralysis.)** *Journal of the American Medical Association. 7. September 1907.*

Es wird Bezug genommen auf eine Arbeit von Rosenen und Anderson über den Zusammenhang zwischen Serumbehandlung und postdiphtheritischer Lähmung. Verf. haben an Meerschweinchen gezeigt, dass Serumbehandlung eine schon bestehende Lähmung nicht beeinflusst, auch das Entstehen einer solchen nicht verhütet, wenn das Serum kurz vor dem Eintreten der Lähmung injicirt wird, dass dagegen die Injection innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Infection das Leben der Thiere retten und die Lähmung erheblich beeinflussen kann. Nach den Versuchen des Verf.'s wäre die einem Kinde von 50 Pfund Gewicht entsprechende Antitoxindosis 400000 Immunitätseinheiten. Wiederholte Dosen, 24 bis 48 Stunden nach der Infection gegeben, scheinen in Bezug auf eine nachfolgende Lähmung günstiger zu wirken, als eine einzelne Dosis. Wird aber eine noch so geringe Dosis (1 I.-E.) kurz vor oder zur Zeit der Infection injicirt, so wird das Eintreten der Lähmung verhindert. Beim Menschen liegen die Verhältnisse günstiger, denn die bei den Thieren hervorgerufene experimentelle Lähmung ist eine sehr schwere Form. Die Thatsache, dass bereits eine I.-E. frühzeitig injicirt, das Leben rettet und das Eintreten der Lähmung verhütet, während 4000 I.-E., wenn sie 48 Stunden später injicirt werden, wirkungslos bleiben, spricht für die Nothwendigkeit, die Serumbehandlung möglichst frühzeitig zu beginnen.

EMIL MAYER.

58) **Bittner** (Brünn). **Der therapeutische Werth des Heilserums gegen Diphtherie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 18. 1907.*

Anlässlich eines Vortrages im „Aerztlichen Verein in Brünn" theilt B. mit, dass er u. A. von dem prophylactischen Werthe der Injectionen derart überzeugt ist, dass er die prophylactische Injection mit dem Behring'schen Serum jetzt auch bei allen Kindern macht, bei denen Operationen in der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle durchgeführt werden. Der Wundverlauf sei reactionsloser als ohne Injection und meint Bittner, dass es sich nicht so selten um leichte aber echte Diphtherieerkrankungen nach Tonsillotomien handle.

CHIARI-HANSZEL.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

59) **G. Perna. Ueber die Ganglienhaufen des N. laryngeus inferior beim Menschen und einigen Säugethieren. (Sopra gli accumuli gangliari del nervo laringeo inferiore nell'uomo ed in alcuni mammiferi.)** *Arch. di Anatomia e di Embriologia. Vol. IV. Heft 2. 1905.*

Verf. berichtet über seine Untersuchungen betreffend das Vorkommen von Ganglienzellen im Verlauf des Vagus und zwar in dem Abschnitt vom Ganglion nodosum bis zum Ursprung des N. laryngeus inferior; diese sehr zahlreichen Ganglienzellen stehen in Zusammenhang mit den Fasern, die den N. laryngeus inferior zusammensetzen. Wegen ihrer Häufigkeit und wegen ihres Vorkommens bei einigen niederen Wirbelthieren muss man annehmen, dass diese Zellen eine morphologische Bedeutung besitzen und keine Anomalien darstellen. Verf. neigt zu der Annahme, dass diese Zellen in Zusammenhang stehen mit centripetalen oder sensiblen Fasern des N. laryngeus inferior. In morphologischer Hinsicht hält er die Ganglienzellen für ein Ueberbleibsel des Processus sensorius communis (Kastschenko).

FINDER.

60) **J. Broeckaert. Studie über die vasomotorische Innervation des Larynx. (Etude de l'innervation vaso-motrice du larynx.)** *La Presse oto-laryng. Belge. No. 4. April 1907.*

Der cervicale Theil des Sympathicus beeinflusst den vasomotorischen Apparat des Larynx. Er wirkt auf die intralaryngeale Circulation sowohl als Verengerer als auch Erweiterer; die gefässerweiternden Fasern verlaufen allein im N. laryng. sup., dessen Reizung an seinem peripheren Ende eine Gefässerweiterung der Schleimhaut der Aryknorpel und der Epiglottis hervorruft. Reizung des Stammes des Sympathicus, des Recurrens, der Larynxgefässe, führt eine Gefässverengerung herbei.

J. KATZENSTEIN.

61) **Jos. Cislera** (Prag). **Eine experimentelle und klinische Studie über den Recurrens.** (I. Theil.) *Berichte der Tschechischen Academie der Wissenschaften. Prag 1905.*

Bei Einwirkung einer acuten Schädlichkeit auf den blossgelegten Recurrens ist zuerst die Abduction behindert und wenn auch die Adductoren den Dienst versagen, tritt Intermedianstellung ein, die der Lage nach dem Befunde nach der Resection des N. recurrens entspricht. Bei heftiger Schädigung ist Ab- und Adduction gleichzeitig behindert. Die Beweisführung der medianen Position in der Zeit der gleichzeitigen partiellen Paralyse aller motorischer Bündel des Nervus recurrens widerspricht der Semon'schen Erklärung, dagegen erklärt Lähmung aller Muskeln mit vorhergehender Erschöpfung eines einzigen Abductors viel gründlicher die Erscheinung, zu deren Erklärung bisher Semon's Meinung vom biochemischen Unterschiede beider Nerven gedient hat.

Bemerkung des Referenten: Sehr unklar.

CHIARI

62) **Jos. Cislera** (Prag). **Eine experimentelle und klinische Studie über den Recurrens.** (II. Theil.)

Die perverse Action der Stimmbänder ist nicht die Folge einer perversen Innervation, sondern eine rein mechanische Erscheinung, die bei Verengerung des Schlundes, welchen Ursprungs immer, vorkommt.

Bemerkung des Referenten: Sehr unklar.

CHIARI.

63) **Lublinski** (Berlin). **Pneumothorax und Recurrenslähmung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 1. 1906.*

Ein Fall von Pnomothorax mit Recurrenslähmung von Ohm-Berlin (ref. intern. Centralblatt 1906 S. 429) hat dem Verf. die Erinnerung an einen 1878 gesehenen Fall wachgerufen, bei dem nach schnellem Treppensteigen plötzlich rechtseitiger Pneumothorax mit Stimmlosigkeit eintrat; laryngoskopisch: linkes Stimmband mit leicht ausgebogenem Rand unbeweglich in Medianstellung. Nach acht Tagen, nach Rückbildung des Pneumothorax, Rückkehr der Bewegungen des linken Stimmbandes und der Stimme.

ALBANUNS (ZARIKO).

64) **Dege** (Berlin). **Zur Aetiologie der Lähmung des Nervus laryngeus inferior.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

1. Im ersten Fall handelt es sich um eine traumatische periphere Recurrenslähmung, die so zu Stande kam, dass bei einem Fall auf die linke Schulter zunächst eine Verrenkung des Schlüsselbeines nach oben und damit Verletzung des Nervus laryngeus inferior, und erst später, secundär durch Umwälzen des Körpers auf den linken Arm (durch Anfahren des zu Boden gestürzten durch einen Wagen) eine Luxatio praesternalis erfolgte.

Die ausserdem hervorgerufenen Verletzungen — Rippenbrüche, Lungenverletzung — haben mit der Aetiologie der Lähmung nichts zu thun. Die Lähmung ging allmählig zurück.

2. Rechts traumatische Recurrenslähmung bei Quetschungen und Verstauchungen am Hals nach Sturz von einem Wagen; nicht ganz aufgeklärt, ob sofort entstanden, oder erst später im Anschluss an ein nach dem Unfall entstandenes Aneurysma der Arteria subclavia.

3. Bei der Operation eines die Luftröhre umfassenden Schilddrüsencarcinoms Verletzung des linken Recurrens. Lähmung.

4. Im Verlaufe einer rechtsseitigen Oberlappenpneumonie bei einem Soldaten isolirte rechtsseitige Lähmung des Nervus laryngeus inferior, bei der der Autor als Ursache Druck von pleuritischen Schwarten auf den rechten Recurrens, der über die Pleurakuppel zieht, annimmt.

ALBANUS (ZARNIKO).

65) **Rosenbach** (Berlin). **Giebt es bis jetzt eine Ausnahme von der Regel, dass bei intensiver Affection der Nn. recurrentes vagi die Abductoren der Stimmbänder früher Functionsstörungen zeigen als die Adductoren.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. 1906.*

Der Autor unterzieht einen von Saundby und Hewetson (Ref. dieses Centralblatt 1904 No. 6) veröffentlichen Fall einer kritischen Betrachtung, welcher als Ausnahme von der Regel betrachtet wurde, dass bei Lähmung der Central-

organe oder der Nervenstämme die Extensoren resp. Abductoren eher und stärker affizirt werden als die Flexoren und Adductoren.

Aus dem dort erhobenen klinischen Befunde würde der Autor „überhaupt nur den letzten Act einer fast vollkommenen Recurrenslähmung erschliessen, aber nie imstande sein, auf Grund der Beobachtung etwas über abnorme Function der Postici oder gar über den noch nicht beobachteten Vorgang perverser Innervation durch primäre-Insufficienz der Adductoren auszusagen“.

Auf einen Vortrag Kuttner's über die Recurrensfrage bezug nehmend betont der Autor seine Priorität in der Aufstellung des Rosenbach-Semon'schen Gesetzes.

ALBANUS (ZARNIKO).

66) **Kuttner** (Berlin). **Bemerkung zu dem Aufsatz des Herrn O. Rosenbach: „Giebt es bis jetzt eine Ausnahme von der Regel, dass bei intensiver Affection der Nn. recurrentes vagi die Abductoren der Stimmbänder früher Functionsstörungen zeigen als die Adductoren.“** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 46. 1906.*

Auf die Beschwerde Rosenbach's hin, dass sein Antheil an der Bearbeitung der Recurrensfrage nicht vom Verf. genügend gewürdigt sei, bemerkt Verf., dass er in der betreffenden Arbeit nur den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage beleuchtet, ihre historische Entwicklung aber ganz unberücksichtigt gelassen habe.

ALBANUS (ZARNIKO).

67) **Massei** (Neapel). **Ueber die Bedeutung der „Anästhesie des Kehlkopfeingangs“ bei den Recurrenslähmungen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Maràgliano suchte an Hunden experimentell die Störungen festzustellen, die durch graduell abgestufte Compression des Recurrens zu stande kommen, und fand dabei, dass allgemeine Anästhesie des Kehlkopfeinganges schon nach 15 Tagen eintritt, während deutliche Störungen (von der Myelindegeneration an bis zur Bindegewebsneubildung) im Recurrens sich einstellten.

Ebenso glaubt der Verf. im Widerspruch mit Trautmann und Avellis durch seine klinischen Beobachtungen zu beweisen, dass bei Recurrenslähmung die Anaesthesie des Larynxeinganges als frühzeitiges Symptom (auch ohne Inanspruchnahme des Vagus) vorkommt. Die Prüfung wurde stets mit der einfachen Sonde, nie mit dem faradischen Strom vorgenommen. „Die Sensibilitätsstörungen sind stärker, wenn der linke Recurrens befallen ist. Da er grösser und länger als der rechte Recurrens ist, so lässt sich daraus schliessen, dass ersterer zahlreichere sensible Fasern enthält.“

„Der Umstand, dass die Anästhesie auf den Larynxeingang beschränkt ist, und dass bei Berührung der Stimmbänder Husten ausgelöst wird, legt die Vermuthung nahe, dass vom subglottischen Raum, vielleicht von den Stimmbändern ab, nur der Laryng. inf. die Sensibilität versorge“.

ALBANUS (ZARNIKO).

68) **Graeffner. Studie über Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopfsymptome (22 Fälle).** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1907.*

Von 118 männlichen Tabikern hatten 57, d. s. 48,3 %, von 88 weiblichen, d. s. 42 %, früher Lues, von der Gesammtzahl von 206 Untersuchten 94 Fälle

Lues, d. s. 45,6 %. Von 113 untersuchten Tabikern hatten 2 Frauen (1,7 %) Hyperästhesie, 15 (4 m., 11 w.) 13,2 % Hypästhesie der Larynxschleimhaut. Stimmbandparesen resp. -Paralysen wurden 54 mal, Kehlkopfkrisen 26 mal, Parakinesen 28 mal ermittelt. Auf 206 Fälle der ersten Untersuchungsreihe kommen 54 Lähmungen, d. s. 26,2 %. Ataxien wurden 14 mal, davon 5 mal mit Stimmbandtremor beobachtet, 14 mal der letztere allein. Lähmung des linken Posticus wurde 28 mal, Lähmung des linken Posticus mit gleichseitiger Internuslähmung 7 mal, Lähmung des rechten Posticus 7 mal, beider Postici 8 mal, des linken Recurrens 3 mal, beider Recurrentes 1 mal beobachtet. In der zweiten 3½ Jahre später begonnenen 113 Personen umfassenden Untersuchungsreihe wurde beobachtet, dass 2 früher leicht paretische Fälle normale Stimmbandfunction hatten. Es wurden festgestellt 42 Lähmungen (14 mal mit Tremor, 3 mal mit Ataxie), 3 mal perverse Innervation, 6 mal mit Ataxie (davon 3 mal mit Tremor) 16 mal Tremor allein, 18 mal Larynxkrisen. Betroffen waren 70 Personen (61,9 %) davon Lähmungen 37,1 %. In 3 Fällen wurde eine Steigerung geringfügig behinderter Abduction bis zur festen Medianstellung gesehen.

Bei der zweiten Untersuchung zeigten 23 Fälle (20 %) Störungen, die bei der ersten Untersuchung nicht gefunden waren. Der Larynx ist also bei dem natürlichen Ablauf der Tabes in viel höherem Grade als bisher geglaubt wurde, ein locus minoris resistentiae.

Von 68 Lähmungen entfielen 39 auf erwiesene Luetische, 7 auf Verdächtige. Die Larynxkrisen können in allen Tabesstadien vorkommen, bevorzugen aber die Frühstadien. Bei 6 von 26 mit Larynxkrisen Behafteten wurde der Oppenheim'sche Punkt schmerzhaft gefunden; von diesen 26 Fällen hatten 20 auch Magenkrisen. Die Ataxie wurde nur als abductorische gesehen. Der Stimmbandtremor ist der erste Ausdruck der gestörten Antagonistenharmonie, des beginnenden Uebergewichtes der Adduktoren. Atrophien des Sternocleidomastoideus und Cucullaris wurden unter 113 Fällen 25 mal angetroffen; unter 209 Fällen wurden 19 mal Klappeninsufficienz, 8 mal Aneurysma (13,1 %) notirt. Das Babinski'sche Phänomen wurde in 3 Fällen constatirt.

J. KATZENSTEIN.

69) **Fein. Fremdkörper der Epiglottis.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 8. März 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1907.*

Entfernung eines in die laryngeale Fläche des Kehldeckels eingespiessten Reissnagels mittels der Drahtschlinge.

CHIARI (HANSZEL).

70) **L. D. Brose. Fremdkörper im Kehlkopf und Tracheobronchialcanal. (Foreign body in the larynx and tracheo-broncho tract.)** *Lancet Clinic. 23. März 1907.*

Erster Fall: Holzstück im Larynx, mittels gebogener Sonden entfernt. Zweiter Fall: Stück Apfel in der Trachea, Operation von aussen.

EMIL MAYER.

71) **Bruck** (Tunis). **Auffallende Toleranz des kindlichen Kehlkopfs für einen Fremdkörper. (Tolérance étonnante du larynx d'un enfant pour un corps étranger.)** *Arch. de méd. des enf. April 1907.*

Der 10jährige Knabe zeigte am Tage nachdem er den Fremdkörper, ein Stück

Muschelschale, aspirirt hatte, völlige Aphonie; am 2. Tage wurde die Tracheotomie gemacht, doch nichts im Larynx gefunden. So oft man versuchte, die Canüle zu entfernen, trat Husten und Dyspnoe ein. Als endlich die Canüle für 2 Tage hatte entfernt werden können, trat ein heftiger Hustenanfall auf und der Fremdkörper, der 18 Tage lang im Kehlkopf gelegen hatte, wurde ausgehustet.

FINDER.

72) **Jacques** (Nancy). **Fremdkörper des Larynx extrahirt nach zweijährigem Verweilen. (Corps étranger du larynx extrait après deux ans de séjour.)** *Province Médicale. 25. Mai 1907.*

Der Fremdkörper — ein 10-Francstück — machte erst nach 2 Jahren die ersten Symptome.

GONTIER de la ROCHE.

73) **Ottokar Chiari. Killian's Methode der directen Bronchoskopie zur Extraction von Fremdkörpern aus den Bronchien. (Killian's method of direct bronchoscopy in extraction of foreign bodies from the bronchs.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1906.*

Bericht über zwei Fälle, in denen Fremdkörper mittels des Bronchoskops entfernt wurden.

LEFFERTS.

74) **L. Hirschland** (Wiesbaden). **Ein Fall von Fremdkörper im linken Bronchus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 12. 1906.*

Der Fremdkörper — ein schon stark in Verwesung übergegangenes Stück Fleisch — wurde mit der v. Schrötter'schen Pinzette extrahirt. Der Fremdkörper befand sich etwa 10 Tage im Bronchus und wurde bei dem $10^1/_2$jährigen Knaben in sitzender Stellung und unter localer Anästhesie entfernt.

HECHT.

75) **Hinsberg** (Breslau). **Zur Extraction von Fremdkörpern aus den Bronchien.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 13. Vereinsbeilage. 1906.*

Vortr. hat die Bronchoskopie im letzten Jahr dreimal ausgeführt. Einmal brachte die Bronchoscopia superior, zweimal die Bronchoscopia inferior Erfolg.

ALBANUS (ZARNIKO).

76) **Lehr** (Berlin). **Entfernung eines aspirirten Knochenstückes aus dem Bronchus des rechten Unterlappens mittels oberer Bronchoskopie ohne Narkose.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1906.*

Bei einem 61jährigen Patienten Husten, Auswurf nach Verschlucken eines Gänseknochens. Nach 5 Tagen Untersuchung: Lungen klinisch und röntgologisch ohne Besonderheiten. Schmerzen in rechter Parasternallinie. Husten mit übelriechendem Auswurf.

Bronchoskopie: Erst mit einem 32 cm langen, 9 mm Lichtung haltenden Rohr, das in den rechten Bronchus geleitet wurde, und die Abgangsstellen des Ober- und Mittellappens überschritten hatte, wurde in dem Bronchus des Unterlappens ein weisser Knochen erblickt, der sehr fest in der umgebenden, entzün-

deten Schleimhaut sass und etwas mit einer Zange mobilisirt werden konnte. Die danach entstandene Blutung und die vorhandene Schwellung der Schleimhaut wurde durch Adrenalientampons beseitigt, wonach der jetzt befreite Knochen durch einen Hustenstoss herausbefördert wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

77) **Chiari** (Wien). **Zur Casuistik der directen oberen Bronchoskopie nach Killian behufs Extraction von Fremdkörpern aus den Bronchien.** (B. Fränkel (Berlin) zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berl. klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Unter 60000 Patienten (seit 1899) fanden sich nur zwei, bei denen Bronchoskopie angewendet werden musste.

1. Fall. 67jährige Frau. Vor 11 Tagen beim Suppenessen Knochen verschluckt. Damals sofort Hustenanfall, Athembeschwerden, rechts Bruststechen. Etwas blutiger Auswurf. Kein Fieber. Befund: Giemen über rechter Lunge, stridoröses Athmen; röntgologisch kein Ergebniss. Nach einem erfolglosen Versuch, am 2. Tage in Rückenlage Bronchoskopie, die 5—6 cm von der Bifurcation im rechten Hauptbronchus auf in Granulationen eingebetteten, 28 mm langen, 10 mm breiten, 8 mm dicken Rindsknochen stiess, welcher sich mit der Pinzette fassen und mit dem Rohr entfernen liess. Heilung.

2. Fall. 17jähriges Mädchen verschluckte sich beim Kauen von Kokusnusskern. Heftiger Hustenanfall mit Erstickungsgefühl: Am nächsten Tage: stridoröses Athmen, auf der Lunge RHU. abgeschwächtes Athmen. Rasselgeräusche. Röntgologisch nichts nachweisbar. Bronchoskopie: im rechten Hauptbronchus graubrauner Körper sichtbar. Nach Mobilisiren durch Pinzette werden 2 Stücke durch das liegende Rohr ausgehustet. Danach Sistiren des stridorösen Athmens. Nach zwei Tagen Fieber, rechts Unterlappenerkrankung. Am 3. Tage erfolglose Bronchoskopie. Auf Wunsch Entlassung der Patientin. Zu Haus mehrere Wochen Fieber, übelriechender Auswurf, Abmagerung, rechts Pleuritis ohne Empyem, wie eine Punction ergab. Dann allmähliche Besserung unter vielem Auswurf, worin aber nie ein Stück Kokusnuss nachzuweisen war, so dass anzunehmen ist, dass die Infection durch die hineingelangten, aber entfernten Stückchen erfolgt war.

Der Fall lehrt, dass noch so kleine Fremdkörper möglichst bald entfernt werden müssen.

ALBANUS (ZARNIKO).

78) **Alapy. Entfernung eines Fremdkörpers aus den tieferen Luftwegen mittelst Bronchoskopie.** *Gyermekorvos. No. 4. 1906. Beilage der „Budapesti Orvosi Ujság".*

1. 4jähriges Mädchen Suffocation in Folge Aspiration eines Melonenstückes. Crico-Tracheotomie, worauf die Athmung frei wurde. Bei der Bronchoscopia inf. wurde kein Fremdkörper gefunden. Kranke wurde ohne Canüle, mit freier Athmung entlassen.

2. 6jähriges Mädchen. Fehlschlucken eines Fremdkörpers. Erschwertes Athmen. Tracheotomia inf., hierauf untere Bronchoskopie, wobei ein glänzender Fremdkörper erblickt und mit der Killian'schen Pincette sammt dem Broncho-

skope herausgezogen wurde. Derselbe erwies sich als eine Messingklammer der Musterpaquete. Dieselbe lag auf der Bifurcation. Heilung. V. NAVRATIL.

79) **Kob** (Berlin). **Fall von Fremdkörperaspiration.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 36. Vereinsbeilage. 1906.*

Zweijähriges Kind. Nach Spielen mit Nüssen Erstickungserscheinungen. Dann Husten, zeitweise stenosirtes Athmen. Linke hintere Axillarlinie: Bronchialathmen, Knisterrasseln. Röntgenaufnahme zeigt Schatten in Höhe des ersten Brustwirbelkörpers.

Tubus, 6 mm dick, 20 cm lang, gelangte nur bis zur Bifurcation.

Während ein neues Instrument angefertigt werden soll, gehen nach einem Hustenanfall alle Symptome einer Fremdkörperaspiration zurück, so dass sicher der Fremdkörper ausgehustet wurde. ALBANUS (ZARNIKO).

80) **W. Burck** (Hamburg). **Ueber einen Fall von Fremdkörperextraction aus den Luftwegen mittelst eines Elektromagneten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XVII. S. 151.*

Der Fremdkörper, eine eiserne Schraube, steckte nach dem Ergebniss der Röntgenaufnahme anfangs im linken Hauptbronchus, später tiefer in einem Seitenbronchus. Der — übrigens sehr schwache — Elektromagnet wurde durch das Bronchoskop (bei Bronchoscopia inferior) eingeführt. F. KLEMPERER.

81) **Leo Hirschland. Bemerkungen zu meinem Aufsatze: Ein Fall von Fremdkörper im linken Bronchus in No. 12, 1906 dieser Monatsschr.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1907.*

Anerkennung der Killian'schen Priorität bezüglich der als Schrötter'sche Methode in der Arbeit bezeichneten Untersuchung bezw. Operation (sitzende Stellung, am Rohrende befestigte Lichtquelle, locale Anästhesie). HECHT.

82) **Hermann von Schrötter** (Wien). **Notiz zur Technik der directen Bronchoskopie.** *Mit 1 Fig. im Text. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. H. 5. 1907.*

Autor giebt die Anregung zum Bau eines „Pincettenrohres“, d. h. die Anbringung der „Greifinstrumente“ am Ende des Tubus, um damit die Einführung eines Fremdkörper-Extractions-Instrumentes in und durch den Tubus zu umgehen und dadurch die Beeinträchtigung des Lichteinfalles durch das in den Tubus eingeführte Instrument zu beseitigen. Ein in technischer Richtung noch nicht fertig gestelltes Instrument Schrötter's ist in der Arbeit abgebildet, bezüglich dessen Details auf das Original verwiesen sei. HECHT.

83) **Compaired** (Madrid). **Fremdkörper des linken Bronchus. (Cuerpo extrano del bronquio izquierdo.)** *Siglo Medico. 9. März 1907.*

Der Fremdkörper war ein Stück Pinienschale; er drang in den linken Bronchus ein. Es entstand ein broncho-pulmonärer Abscess. Bei der Bronchoskopie entstand ein Hustenanfall, bei dem der Fremdkörper und grosse Eitermassen ausgehustet wurden. Heilung. TAPIA.

84) **Bégonin** und **Claoué. Fremdkörper des rechten Bronchus bei einem 4jährigen Kinde. Extraction mittels der unteren Bronchoskopie. (Corps étranger de la bronche droite chez un enfant de 4 ans. Extraction par la bronchoscopie inférieure.)** *Gazette hebdomad. des sciences médicales de Bordeaux. No. 9. März 1907.*

Es handelte sich um eine kleine Pfeife, die vor 21 Tagen in die Luftwege des Kindes gerathen war; ausser einem geringen Erstickungsanfall im Moment des Eindringens des Fremdkörpers war nur etwas Bronchitis zu constatiren. Der Sitz des Fremdkörpers wurde mittels Röntgenstrahlen bestimmt. Die Extraction gelang leicht nach vorhergehender Tracheotomie.

BRINDEL.

85) **H. v. Schrötter** (Wien). **Zur Bronchoskopie bei Fremdkörpern.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 25 u. 26. 1907.*

Im erstbeschriebenen Falle handelte es sich um eine „Münzen"-Aspiration bei einem 35jährigen Manne gelegentlich einer Taschenspielerei. Da deutliche Hypästhesie der Schleimhaut der oberen Luftwege bestand, konnte nach zweimaliger Cocainisirung die Bronchoskopie ausgeführt werden und die Münze im rechten Bronchus, wie im Klappenventil lagernd, gesehen und extrahirt werden. In diesem Falle fehlten alle die bekannten Fremdkörpersymptome. — Im zweiten Falle konnte H. v. Schrötter bei einem 10 Monate alten Kinde, durch äussere Umstände (Fehlen eines Tubus von entsprechenden Dimensionen) um einen Tag verzögert, ein scharfkantiges Knochenstück von auffallender Grösse (9 × 11 mm), das sich schliesslich an der Theilungsstelle des rechten Bronchus verankert hatte, im Wege der oberen Methode (Tubus von 5 mm Durchmesser und 18 cm Länge) ohne Narkose, ohne Localanästhesie mit Sicherheit und schonend entfernen; Erscheinungen von Bronchopneumonie mässigen Grades. Heilung.

CHIARI.

86) **Vignard** und **Sargnon. Stecknadel im Thoraxraum, wahrscheinlich im Niveau der Einmündung des rechten Bronchus steckend. (Épingle intrathoracique arrêtée probablement au niveau de la jonction de la bronche droite et de la trachée.)** *Lyon médical. 14. April 1907.*

Es bestanden keinerlei Erscheinungen seitens des Oesophagus; auch war das Ergebniss der Oesophagoskopie negativ. Die obere Tracheo-Bronchoskopie gelang nicht; es wurde die Tracheotomie gemacht und mittels der unteren Tracheoskopie untersucht: Die Nadel war verschwunden und wurde auf dem Digestionswege entleert. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

87) **O. Berner** (Christiania). **Ein Fall von Bronchialsteinen. (Et Tilfälde af Bronchial Sten.)** *Nork Magazin for Lägevidenskab. p. 524. 1907.*

Verf. hat eine 41jährige Frau secirt und dabei drei Concremente in der Lunge gefunden. Das grösste lag in dem rechten Hautbronchus, die zwei anderen nicht weit davon in den Bronchien.

E. SCHMIEGELOW.

f. Schilddrüse.

88) **R. H. Llewellyn. Die inneren Secretionen der Ovarien und Testikel in Beziehung zu den Secretionen gewisser Drüsen ohne Ausführungsgang. (The internal secretions of the ovary and testicle in relation of the secretions of certain ductless glands.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1907.*

Des Verf.'s Theorie ist, dass die innere Secretion der Ovarien und Testikel einen oder mehrere Bestandtheile enthält, die mindestens zum Theil der Secretion der Schilddrüse antagonistisch sind und dass diese Bestandtheile hauptsächlich wirksam sind bei der Neutralisation der Thyreoidreaction im Körper. In des Verf.'s Gegend ist Kropf sehr selten und der Procentsatz der Kalksalze im Quellwasser sehr hoch. Es ist daran zu denken, dass die Schilddrüse das Calcium im Körper fixirt, dass das Ovarium es eliminirt resp. seiner Elimination vorsteht. Verf. definirt das Myxödem als einen Zustand von chronischer Calciumvergiftung, den Morbus Basedow als eine Thyreo-Intoxication in Folge einer Ovarialsecretion, die gewöhnlich bei langdauernder Ingestion von Kalksalzen eintritt. Die Experimente, die Verf. zur Stütze seiner Theorie anführt, können schwer im Referat mitgetheilt werden.

Was die Behandlung des Morbus Basedow mittels Anwendung von Ovarialsubstanz anbelangt, so basirt Verf. seine Erfahrung auf drei Fälle, die in dieser Weise behandelt wurden. Die Resultate waren so glänzend, dass sie bei einer grossen Anzahl von Beobachtungen überzeugend wirken würden. Nach einer Behandlung von ein paar Tagen trat in allen Fällen ein Gefühl des Wohlbefindens ein; nach einem Monat waren die subjectiven Beschwerden verschwunden.

J. A. BRADY.

89) **A. M. Broca** (Paris). **Congenitale Thyreo-hyoidfistel. (Fistule congénitale thyro-hyoidienne.)** *Presse médicale. 31. August 1907.*

Verf. räth, nicht nur den Fistelgang völlig zu exstirpiren, sondern auch die angrenzende Partie des Zungenbeins zu reseciren. GONTIER de la ROCHE.

90) **C. H. Mayo. Behandlung der hinteren Kapsel der Schilddrüse bei der Thyreodectomie. (Treatment of the posterior capsule of the thyroid in Thyreodectomy.)** *N. Y. Medical Record. 11. Mai 1907.*

Verf. verfügt über 375 Thyreoidectomien. Er setzt besonders die anatomische Lage des N. recurrens zu der hinteren Kapsel und den Parathyroiddrüsen auseinander. Verf. operirt stets mit Localanästhesie und Morphium; der Patient liegt in Trendelenburg'scher Lage. Nach seinen Operationen hat Verf. einmal Tetanie und fünfmal Heiserkeit beobachtet. Seine Technik besteht darin, dass er sorgfältig die hintere Kapsel zu erhalten sich bemüht. LEFFERTS.

91) **David Forsyth. Ein tödtlicher Fall von Myxödem mit Veränderungen in der Parathyreoiddrüse. (A fatal case of myxoedema with changes in the parathyroid gland.)** *Lancet. 19. Januar 1907.*

Eine Vorlesung vor der Clinical Society. ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

92) **Pollack** (Stettin). **Verätzung von Pharynx und Oesophagus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. Vereinsbeilage. 1906*

Eine eingeleitete Thiosinaminbehandlung machte eine nach Verätzung mit Natronlauge entstandene, 12 cm lange Strictur, die seit 2 Jahren keine Sonde mehr passiren liess, nach 4 Wochen für alle Speisen durchgängig.

ALBANUS (ZARNIKO).

93) **Tapia** (Madrid). **Knopf im Oesophagus. Extraction mittels der Oesophagoscopia directa. (Bouton arrêté dans l'oesophage. Extraction au moyen de l'oesophagoscopie directe.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. XI. 1907.*

Achtjähriges Kind. Die Extraction war sehr einfach. BRINDEL.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XIII. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen*).

(Bericht des Schriftführers Felix Blumenfeld [Wiesbaden]).

5. v. Eicken (Freiburg i. B.): I. Zur Diagnose der Stirnhöhlenerkrankungen.

Diejenigen Erscheinungen, welche man in Schulfällen im Naseninnern antrifft, werden bei Stirnhöhleneiterungen unter Umständen vermisst. Auch die kleinen Hülfsoperationen, wie Abtragung der mittleren Muschel etc., welche diese Stirnhöhlen zugänglich machen sollen, sichern die Diagnose nicht immer einwandfrei. Weiter kann die mittlere Nasenwand ganz fehlen bei complicirtem Bau der Stirnhöhle und hochgradiger Schwellung der Schleimhaut derselben. In derartigen Fällen kann die Durchleuchtung zur Ergänzung der Diagnose dienen. Dieselbe muss, wie schon Goldmann gezeigt hat, in posterio-anteriorer Richtung gemacht werden. Bisweilen sieht man eine exquisite Verdunkelung der kranken Seite. Die Conturen derselben sind weniger scharf. Hat man durch das Röntgenbild die Ueberzeugung gewonnen, dass beide Stirnhöhlen gleich gross sind, so gewinnt die Durchleuchtung einen gewissen Werth, indem eine ausgesprochene Verdunkelung einer Seite in dem Sinne gedeutet werden kann, dass eine Erkrankung der Stirnhöhle vorliegt. Es folgt eine Demonstration von drei Röntgen-Diapositiven der Stirnhöhle; das 1. zeigt zwei normale, grosse, helle Stirnhöhlen; das 2. zwei normale Stirnhöhlen, in einer von diesen liegt eine Sonde; das 3. eine deutliche Verdunkelung der einen Seite mit unscharfen Conturen.

*) Durch ein Versehen ist seiner Zeit die Fortsetzung des Berichts der XIII. Versammlung (1906) nicht gebracht worden; sie erfolgt nunmehr, leider verspätet. Die Redaction.

II. Die Trachea im Röntgenbild.

Verengerungen der Trachea lassen sich auf dem Röntgenbild erkennen. Man kann auf diese Weise bei Trachealstenosen verschiedener Art Uebersichtsbilder gewinnen. Die Tracheoskopie kann in gewissen Fällen durch dieses Verfahren ersetzt werden.

Discussion: Winckler, v. Schrötter.

6. v. Schrötter jun. (Wien): Zur Klinik der Bronchoskopie.

An der Hand von Zeichnungen und farbigen Abbildungen bringt Redner einen Beitrag zur Verwendung der Bronchoskopie für die innere Medicin, wobei er insbesondere die Differentialdiagnose des Aneurysmas und der Geschwülste des Bronchialbaumes auf Grund reicher Erfahrungen, welche er an der k. k. III. Universitätsklinik in Wien zu sammeln in der Lage war, erörterte. Der folgende Fall, der einen Tumor der Lunge aus der letzten Beobachtungszeit betrifft, wird einer näheren Mittheilung unterzogen.

44jähriger Mann, bei dem die physikalische Untersuchung das Bestehen einer Neubildung im Bereiche der rechten Lunge nahe legte. Die Bronchoskopie ergab einen Tumor an der vorderen Umrandung des rechten Hauptbronchus gegenüber der Abgangsstelle des oberen Lappenastes. Mehrfache Probeexcisionen ergaben ein Plattenepithelcarcinom mit reichhaltiger Glycogenbildung. Es handelte sich um ein Bronchialcarcinom.

1. Im Anschluss an diesen Fall bespricht v. Schrötter die Differentialdiagnose der primären Lungen- und Bronchialtumoren gegenüber dem Lymphosarkome des Mediastinums, der chronischen Tuberculose der tracheo - bronchialen Lymphdrüsen und dem Carcinome der Speiseröhre.

2. Demonstrirt Redner eine von L. v. Schrötter angegebene Beleuchtungsvorrichtung für die Untersuchung der Bronchien und der Speiseröhre und bemerkt hierzu nach kurzen technischen Erläuterungen, dass wir in diesem Instrument ein Mittel besitzen, durch welches die Schwierigkeit einer hinreichenden Beleuchtung des Arbeitsfeldes beseitigt ist. Die Intensität des Lichtes im distalen Rohrende ist weit intensiver als bei den früheren Beleuchtungsmethoden. Die Gefahr, „das Licht zu verlieren“, ist bei dem vorliegenden Verfahren ausgeschlossen, wodurch die Sicherheit des Operirens wesentlich erhöht ist.

Discussion: Killian (Freiburg) weist darauf hin, dass die Tracheoskopie, die indirecte sowohl wie die directe, dazu berufen sind, bei den Aortenaneurysmen eine grosse diagnostische Hilfe zu leisten.

7. L. Poliak (Budapest): Handgriff und Operationsinstrumentarium für bronchoskopische Zwecke.

Demonstration einiger Instrumente, welche auf dem Krause'schen Handgriff armirt werden können und welche im Anschluss an die Killian'schen Instrumente eine wesentliche Vereinfachung des bronchoskopischen Instrumentariums darstellen. Dieselben werden von der Firma Garay u. Co. in Budapest verfertigt.

8. Winckler (Bremen) Ueber das Larynxcarcinom. (Vorbemerkung zum folgenden Vortrag.)

Bei der grossen Verschiedenheit, welche die Larynxcarcinome in Bezug auf

ihre Malignität aufweisen, ist die Frage, ob Totalexstirpation oder Laryngofissur noch immer strittig. Wie der vorliegende Fall zeigt, kann auch bei ausgedehnter Exenteration der einen Larynxhälfte, die 14 Monate hindurch recidivfrei geblieben war, noch ein Rückfall eintreten. Es bedarf zur Lösung der gedachten Fragen des gemeinsamen Arbeitens und Sammelns namentlich auch der nach der Laryngofissur ungünstig verlaufenden Fälle.

9. Schilling (Freiburg): Bericht über den weiteren Verlauf eines von Dr. Winckler-Bremen durch Laryngofissur operirten Falles von Kehlkopfcarcinom.

20. April 1905 Laryngofissur nach Semon's Vorschrift bei einem 60jährigen Mann mit Tuberculose des linken Stimmbandes (Plattenepithelkrebs). Zunächst glatte Heilung, später Resection der linken Epiglottishälfte. Mikroskopische Untersuchung derselben ergiebt carcinomfreies Gewebe. Unten steter Beobachtung des Kehlkopfbildes zeigte sich allmählich eine starke Neigung zur Verengerung des Luftrohres, hauptsächlich subglottisch in der Trachea. Später auch eine Verwölbung an der äusseren Kehlkopfseite, sodass ein Recidiv zweifellos wurde. Totalexstirpation, Exitus letalis. Die Section ergab carcinomatöse Infiltration der ganzen vorderen Halspartie.

10. Dreyfuss (Strassburg): Demonstration eines operirten Falles von tiefsitzendem Pharynxcarcinom.

Es handelt sich um ein Carcinom des laryngealen Theiles des Pharynx. D. hat ein Dilatatorium construirt in der Form einer frontal sich öffnenden Kehlkopfzange, die zwei Bügel anstatt der Zangenbranchen trägt. Bei Einführung des Instrumentes in den Hypo-Pharynx nahm man einen höckerigen Tumor an der hinteren pharyngealen Fläche des Kehlkopfes wahr. Probeexcision ergab Cancroid. Pharyngotomia lateralis. Bisher Heilung.

11. Blumenfeld (Wiesbaden): Zur Diagnose des tiefsitzenden Pharynxcarcinoms.

Die Diagnose dieser Carcinome hat besondere Schwierigkeiten, wie ein näher beschriebener Fall darlegt. Charakteristisch ist, dass sämmtliche Erscheinungen auf den Kehlkopf, nicht auf den Anfangstheil des Oesophagus hinweisen. Im Kehlkopf starres blasses Oedem, Vorwölbung der hinteren Larynxwände, die wie im vorliegenden Falle zu totaler Stenose führen kann. Medianstellung eines oder beider Stimmbänder ist vielfach beobachtet worden.

Discussion: Killian (Freiburg): Einige Carcinome, welche wir als vom Larynx ausgehend betrachten, sind zweifellos in Wahrheit solche des Pharynx.

v. Eicken empfiehlt zur Inspection der pharyngealen Fläche der Hinterwand des Kehlkopfes lange Röhrenspatel.

12. Dreyfuss (Strassburg): Die Stellung der Laryngologie bei der Bekämpfung der Tuberculose.

1. Bei der Bekämpfung der Tuberculose sind die Vertreter der Laryngologie im besonderen berufen mitzuwirken in dem Sinne, dass sie durch Propaganda dafür

sorgen, dass die Kehlkopftuberculösen frühzeitig einer Specialbehandlung unterzogen werden; denn

2. durch die Frühdiagnose ist man im Stande einem nicht unbeträchtlichen Theil der Kehlkopftuberculösen das Leben zu verlängern, sie event. zu heilen.

3. Die leichteren Fälle von Larynxtuberculose eignen sich besonders zur Heilstättenbehandlung.

4. Diejenigen Fälle, die chirurgisch zu behandeln sind, sollten nicht ambulant, sondern in einem Krankenhaus behandelt und möglichst frühzeitig darauf einer Lungenheilstätte überwiesen werden.

5. Wo die örtlichen Verhältnisse es ermöglichen, die chirurgische Behandlung von Anfang an in der Lungenheilanstalt durchzuführen, ist dies wünschenswert, jedenfalls sollte jeder Heilstätte ein Laryngologe (im Nebenamt) aggregirt werden.

6. Es ist anzustreben, dass die Landesversicherungsanstalten ihren Standpunkt, bei der Aufnahme von Kehlkopftuberculösen in ihre Heilstätten, sich financiell nicht mitzubetheiligen, in dem Sinne modificiren, dass bei der Entscheidung im einzelnen Falle die Ansicht eines Laryngologen jeweils gehört wird.

13. Brühl (Schöneberg): Zur Behandlung der Larynxtuberculose in Heilstätten.

Unter Zurückweisung des von Barth-Leipzig auf der I. Versammlung der Deutschen laryng. Gesellschaft 1905 gegen die Anstalten ganz allgemein erhobenen Vorwurfes einer minderwerthigen Behandlung der Larynxtuberculose erörtert B. in kurzen Zügen den Standpunkt der Anstaltsärzte zur Larynxtuberculose.

1. Jeder Larynxtuberculöse ist practisch auch lungenkrank.

2. Demgemäss ist auch für ihn die Allgemeinbehandlung d. h. die Anstaltsbehandlung die bestmögliche, denn deren Heilfactoren erfüllen sowohl die allgemeinen Indicationen der Tuberculose als auch die speciellen der Larynxtuberculose.

3. Neben der Allgemeinbehandlung ist die gerade in der Anstalt am ehesten individuell zu dosirende Localbehandlung unbedingt erforderlich. Nur phthiseotherapeutisch und laryngologisch gebildete Aerzte sind an Anstalten anzustellen.

4. Oberster Grundsatz der Localbehandlung muss stets die Rücksicht auf den Allgemein- und den Lungenzustand sein. Fiebernde Phthisiker dürfen nicht eingreifend behandelt werden. Jeder energische Eingriff ist nur unter Controle der Temperatur vorzunehmen.

5. Die Anstalten sind am ehesten in der Lage, die milderen Methoden der Behandlung, spec. auch die Lichtbehandlung auszubilden und auf ihre Wirkung zu controliren. Die Inhalation ist wegen der durch forcirte Inspiration der kranken Lungen eventuell drohenden Schädigungen als mildes Mittel nicht anzusehen.

6. Curettage und Galvanocaustik ergänzen sich bei der Behandlung der Larynxtuberculose in vorzüglicher Weise.

7. Die Erfolge der Anstaltsbehandlung der Larynxphthise sind nachweisbar recht gute.

14. Schilling (Freiburg): Tuberculöser Tumor des Rachendaches.

Bericht und Demonstration eines tuberculösen Tumors des Rachendaches bei einer 50jährigen Patientin ohne sonstige Tuberculose. Entfernung mit der Glühschlinge, ein späteres Recidiv caustisch zerstört. S. glaubt, dass die Tumorform des Rachendaches aus der nicht so seltenen latenten Tuberculose der Rachenmandel, von der sie sich histiologisch nur graduell unterscheidet, hervorgehen kann. Klinische, mit Wahrscheinlichkeit auf den Tumor zurückzuführende Symptome waren neben oft recidivirendem Schnupfen vor Allem Ohrschmerzen und öfter Mittelohrentzündung. Seit der Entfernung des Tumors ist Patientin beschwerdefrei.

Discussion: Winckler (Bremen) berichtet von einem Falle von isolirter Tuberculose einer Gaumentonsille und giebt weiter die Resultate ausgedehnter bakteriologischer Untersuchungen der Mandeln. Die isolirte Tuberculose des lymphatischen Rachenringes, welcher nach bisherigen Anschauungen in vielen Fällen die Eintrittspforte für den Tuberkel bildet, ist eine seltene Erkrankung.

Rotschild (Soden).

15. E. J. Mink (Deventer): Einfache Hilfsmittel der Rhinologie. Empfehlung der Auscultation der Kieferhöhle.

Wenn man einen der Ansätze eines Otoskops durch ein Ohrenspeculum ersetzt, so ist es möglich, von der Fossa canina aus Flüssigkeit, die sich durch Rasselgeräusche verräth, zu auscultiren. Auch besteht die Möglichkeit, die tieferen Athmungswege von der Nasenöffnung aus zu auscultiren. Auch die Auscultation der Stirnhöhle ist möglich, wenn man durch ein in den Stirnhöhlengang eingeführtes Röhrchen eine Luftströmung in dieser Höhle erzeugt. Ferner empfiehlt M. einen aus biegsamem Silberdraht gefertigten katheterförmigen Nasenpinsel. Derselbe kann sowohl zur Sondirung wie zur Application von Medicamenten benutzt werden und zwar besonders für die Gegend der pharyngealen Tubenmündung, der Rosenmüller'schen Gruben etc.

16. Winckler (Bremen): Bacteriologische Befunde bei Erkrankungen der oberen Luftwege nebst einigen Schlussfolgerungen für die Praxis.

Mittheilungen eines grossen Untersuchungsmateriales, worüber im Original nachgelassen werden muss. Eingriffe nach acuten Anginen müssen recht lange nach völligem Abklingen der entzündlichen Erscheinungen gesetzt werden, da wir nicht wissen, wie lange die Streptokokken in den Tonsillen noch virulent sind, wegen der Gefahr, eine im Ablauf begriffene Streptokokken-Infection zu erneuter Inflammation zu bringen, unter Mobilisirung der Krankheitserreger. Die Ausschälung der Gaumenmandeln (Hopmann-Winckler) ist zu bevorzugen in solchen Fällen, weil sie glattere Wunden schafft. Nebenhöhlenerkrankungen sind angesichts der Hartnäckigkeit derartiger Streptokokkeninfectionen nicht mit halben Maasnahmen zu behandeln. W. verwirft die an unrichtiger Stelle verordneten Gurgelungen mit Adstringentien, essigsaurer Thonerde etc. Eine Desinfection der inficirten Schleimhäute ist unmöglich, die vorhandene Abwehrthätigkeit zu unter-

stützen, die Beschwerden zu lindern. Auf die Bier'sche Stauung wird verwiesen. Bei schweren Zuständen, welche bereits an eine Aufnahme des Krankheitserregers in die Blutbahn denken lassen, ist eine frühzeitige Anwendung des Antistreptokokkenserums am Platze.

---

b) X. Pirogow-Congress zu Moskau.

Oto-laryngologische Section.

Sitzung am 26. April 1907.

Die Sitzung wird mit einer Ansprache durch den Vorsitzenden der Section eröffnet, in welcher er die Schwierigkeiten hervorhebt, mit der gegenwärtig in Russland auch die wissenschaftliche Thätigkeit zu kämpfen hat.

Zum Präsidenten für den ersten Tag wurde P. Hellat (Petersburg) gewählt.

I. P. Hellat: Wärme als Heilmittel bei Ohren-, Nasen und Kehlkopfkrankheiten.

Theoretische Gründe zur Wärmbehandlung sind folgende:

Das Optimum der Temperatur für die meisten pathogenen Bacterien liegt bei 37°. Erhöhte Temperatur drückt die Vitalität der Bacterien herab.

2. Die bactericide Wirkung des Blutserums ist am höchsten von 38—40°.

3. Unser Organismus reagirt auf jede Schädlichkeit mit einer Temperaturerhöhung.

4. Active Hyperämie erleichtert die Ernährung resp. Regeneration.

Practisch hat Referent die Wärme seit ca. 10 Jahren angewandt, und zwar in Gestalt von trockenen heissen Umschlägen, heissen Beuteln oder directer Bestrahlung durch elektrische Lampen. Die Wirksamkeit ist am bemerkbarsten bei acuten und subacuten Fällen.

Vor allen Dingen und fast in jedem Falle wird eine prompte Schmerzstillung beobachtet.

Discussion:

Trofimow führt seine günstigen Beobachtungen über die Wärmewirkung an.

Swershenski führt aus, dass er die heisse Luft seit 1901 verwendet und seine Beobachtungen 1902 veröffentlicht hat.

Burak glaubt, dass bei der Anwendung der elektrischen Lampen auch eine Lichtwirkung erzielt wird.

Vortragender hebt im Schlusswort hervor, dass die Lichtwirkung in die Tiefe nicht dringen kann.

II. Belimow: Zur Diagnostik der eitrigen Labyrinthitiden.

III. Trofimow: Zur Aetiologie der Eiterungen des Warzenfortsatzes.

IV. Burak: Zur Frage der Paraffinprothesen. Demonstration histologischer Präparate.

Burak findet keinen merklichen Unterschied zwischen dem weichen und

harten Paraffin. Riesenzellen sind nicht nothwendig zur Resorption des Paraffins. Allgemein schädliche Erscheinungen treten nach Paraffin nicht auf.

V. Slatowerow: Correctur der Nase durch Paraffinprothesen.

VI. Swershenski: Paraffininjectionen bei Ozaena.

1. Injection von 0,1—0,5 ccm Paraffin von 48° im harten Zustande bietet keine Gefahr.

2. Häufige Injection von Paraffin ruft temporäre Besserung bei schwerer Ozaena hervor.

3. Bei leichten Formen ist eine Heilung möglich.

Discussion:

Iwanow fragt, ob eine objective Veränderung in der Nase bei der Besserung constatirt werden konnte.

Belimow erkundigt sich, wie man mit „Hyperparaffinomen" zu verfahren habe?

Vorsitzender resumirt die Discussion dahin, dass die Paraffininjection bei Ozaena keine Gewähr für die Besserung leistet.

„Hyperparaffinome" lassen sich chirurgisch entfernen.

VII. Slatowerow: Demonstration von neuen Instrumenten.

S. schlägt vor bei Peritonsillitiden mit seinem ganz schmalen Messer die Eröffnung vorzunehmen.

An der Discussion nehmen Brod und Rochlin Theil.

Hellat sieht in der Schmalheit keinen Vorzug.

Sitzung am 27. April 1907.

Vorsitzender: N. Trofimow.

VIII. Preobrachenski: Aufsaugen bei Ohreneiterungen.

IX. Trofimow: Chirurgische Behandlung der Verwachsungen des äusseren Gehörganges.

X. Burak: Zur Frage der Frühdiagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.

B. fasst seine Mittheilung in 15 Thesen zusammen, von denen folgende angeführt werden mögen:

1. Es giebt kein untrügliches Merkmal für den Kehlkopfkrebs.

2. Chirurgische Vorbildung der Laryngologen ist erforderlich bei der Bekämpfung des Kehlkopfkrebses.

3. Die totale Exstirpation gewinnt immer mehr und mehr Freunde.

Discussion:

Jazuta erwähnt einen Fall.

Levenson möchte die Ohrenschmerzen als Frühsymptom erwähnt wissen.

Belimow: Alle chirurgischen Eingriffe muss der Laryngologe am Kehlkopfe selbst vornehmen können. — B. proponirt eine diesbezügliche Resolution.

Swershenski sieht keine Ursache die Laryngotomie besonders zu fürchten.

S. v. Stein möchte die endolaryngeale Methode immer erprobt wissen, wenn die Geschwulst begrenzt ist. Zwei seiner Fälle sind recidivfrei.

P. Hellat erwähnt, dass er zwei polypenartige Kehlkopfkrebse operirt hat, welche — der eine zur Abscessbildung und Vergrösserung der nächsten Drüsen, der andere in sehr kurzer Zeit zur Generalisation des Krebses — führte. Im Interesse des Kranken ist zu verlangen, dass der Laryngologe selbst alle Eingriffe ausführt.

v. Stein opponirt Hellat, auf die Erfolge der Otriatrie hinweisend.

Ferenow protestirt gegen die Proposition von Belimow.

XI. Swershenski: Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose nach Bier.

1. Von 14 Fällen wurde in einem Falle völlige Heilung, in 3 Fällen deutliche Besserung, in 8 Fällen Verminderung von Husten und Schmerzen, in 2 Fällen sehr vorübergehende Erleichterung erzielt.

2. In Anbetracht der Leichtigkeit und Gefahrlosigkeit muss die Methode weiterer Ausarbeitung unterliegen.

Preobrashenski glaubt, dass 7—8 Monate bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose nicht genügen.

XII. Rabotnow: Statistik der Gehirnaffectionen in Folge von Ohrenkrankheiten nach den Angaben russischer Autoren.

XIII. Burak: Grundzüge der Behandlung der Kehlkopftuberculose:

Der Autor spricht des Weiteren für alle gangbaren Methoden in 12 Thesen.

Discussion: Brod möchte das Sonnenlicht nicht unerwähnt lassen.

Levenson hat vom elektrischen Lichte keinen Erfolg gesehen.

Hellat hat Ausschabungen und ebenso die extralaryngealen Methoden verlassen. Er bemerkte, dass bei Kranken nach Tracheotomie sowie nach Laryngotomie der Krankheit schneller erlagen — wahrscheinlich in Folge von Blutaspiration —, er bevorzugt die Galvanocaustik.

Slatowerow ist kein besonderer Anhänger der letzteren Methode.

Preobrashenski hält die Galvanocaustik für die beste Methode. Ausserdem empfiehlt er sehr 50proc. Ac. trichlorac.

Es sprachen noch Belimow und der Vortragende, welche sich P. Hellat anschliessen.

XIV. S. v. Stein: Demonstration von neuen Instrumenten.

XV. Belimow: Dasselbe.

Sitzung am 28. April 1907.

Vorsitzender: Lövenson.

XVI. Burak: Physiologische Bedeutung des Nebennierenextractes und seine practischen Anwendung. B. giebt das Extract seiner Rede in 15 Thesen wieder, in denen er Bekanntes vorbringt.

XVII. S. v. Stein: Von therapeutischer Bedeutung der Kohlensäure bei Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten.

v. Stein ist von der therapeutischen Wirkung der Kohlensäure sehr befriedigt. Sie soll adstringirend und heilend auf acute Katarrhe der oberen Luftwege wirken und sei das beste Mittel, um die Riechfähigkeit nach acutem Schnupfen wiederherzustellen.

XVIII. A. Iwanow: Von der Behandlung acuter und subacuter Nebenhöhlenerkrankungen.

I. bespricht seine Erfahrungen über die Wirkung der Kohlensäure, welche man unter einem Druck von $^1/_2$—1 Athmosphäre in die Nasenhöhle oder vermittelst Katheters gegen die Ostien richte oder die man durch gewisse medicamentöse Substanzen schicke. Sie bringe die Substanzen in die Höhlen.

An der darnach folgenden lebhaften Discussion nahmen theil: Swershenski, der keinen Unterschied in der Wirkung der CO_2 und gewöhnlicher Luft von verschiedener Temperatur und Druck findet; Preobrashenski, der die neue Methode bewillkommnet; Burak fürchtet Verbreitung der Krankheit durch Eitereintreibung; Krushilin, Saseratelew, Schneerson, Tschertow. — Iwanow giebt im Schlussworte zu, dass die theoretische Grundlage der Verarbeitung bedürfe.

XIX. Burak: Casuistische Mittheilungen.

An der Discussion betheiligen sich: Preobrashenski, Saseratelew, Levenson, Alschwang, Swershenski und Prochlin. Es wird vor allen Dingen über Reflexneurosen nasalen Ursprunges debattirt. Die skeptische Richtung ist vorherrschend.

XX. Orleanski: Zur Frage der Blut- und Lymphgefässe der Tonsillen in Verbindung mit den Blutungen bei Operationen.

O. konnte den Zusammenhang der Tonsillen vermittelst Lymphwege mit Gl. lymph. submax. et Gl. lymph. profund. superiores nachweisen. Die Wege führen zwischen Biventer und Musc. buccinat. und Masseter.

Bezüglich der Blutgefässe ist eine Verwundung der Car. ext. et int. et V. jug. int. ausgeschlossen.

Für die Versorgung der Tonsillen mit Blut giebt es 8 Typen. Als verlässliches Mittel gegen Blutungen ist Gaumenbogennaht anzusehen. Demonstration der Präparate und Abbildungen.

An der Discussion nahmen Theil: Preobrashenski, Slatowerow, Krushilin und Andere.

Sitzung am 30. April 1907.

XXII. S. v. Stein: Wirkung der Bewegung von Licht und Farben auf das Gleichgewicht.

XXIII. Iwanow: Vagusaffection bei Syringobulbie. I. beobachtete 40 Fälle. Auf Grundlage dieser Beobachtungen verwirft er die Lehre, dass bei Syringobulbie wie bei anderen Centralaffectionen der M. postic. zunächst erkranke

und darnach erst das Gebiet des N. recurr. Häufiger ist die Erkrankung der M. interni oder M. post., eine oder zwei andere Muskeln der einen Seite und irgend eines Muskels der anderen Seite. Vortragender ist der Ansicht, dass das Semon-sche Gesetz einer Revision bedürfe. P. Hellat.

---

c) St. Petersburger oto-laryngologischer Verein.

Vorsitzender: W. Okunew.

Sitzung vom 30. März 1907.

Nikitin demonstrirt einen Kranken mit Heiserkeit und Dyspnoe seit 6 Jahren. Lues. Das Kehlkopflumen verengt, Stimmbänder verdickt, weisslich höckerig verdickt. Mikroskopisch: Das Epithel stark verdickt und theilweise Rundzelleninfiltration. Diagnose: Pachydermia laryngis.

Levenson sieht in dem Fall eine Combination von Pachydermie und Lues.

Caz ist derselben Meinung.

Sacher hält die mikroskopische Diagnose für ungenügend.

Hellat vermuthet noch eine Betheiligung von Seiten der Gelenke, da die Bewegung der Stimmbänder ungenügend und die Stimmritze bedeutend verengt sei. Ankylose könnte rheumatischer Natur sein.

Iljisch erwähnt, dass er vor 5 Jahren an Pachydermie litt. Es wurden ihm von Lahns und T. Hellat wiederholt verdickte Massen entfernt. Heilung wurde jedoch durch galvanische Ströme (20 Miliamp.) im Verlaufe von 2—3 Monaten erzielt. Gegenwärtig ist er vollständig gesund.

Erbstein: Demonstration eines Kranken mit Haarwuchs im Kehlkopf.

Dem Kranken war eine halbseitige Kehlkopfexstirpation gemacht und ein Hautlappen in den Kehlkopf implantirt. Auf dem Lappen wachsende Haare beunruhigen den Kranken stark, rufen Husten hervor etc. E. fragt an, wie man ihn von den Haaren befreien könnte?

Nikitin meint, dass Röntgenstrahlen Nutzen bringen könnten.

Levin schlägt Elektrolyse vor.

Erbstein hält den letzteren Vorschlag wegen der Lage der Haare für unausführbar.

Hellat würde die von Dr. Wreden angewandte Methode für sehr zweckmässig halten, wenn die Complication mit den Haaren nicht vorläge. Er hat in einem Falle nach derselben Methode operirt. Patient ging jedoch an Inanition und schliesslich an Lungenödem zu Grunde, weil er durch die Sonde sich nicht ernähren lassen wollte.

Rydnik proponirt vor der Operation mit Elektrolyse die Haare zu entfernen.

Caz würde die galvanocaustische anerkennen,

Meierowitsch rühmt ein Pulver als Depilatorium, welches in Wasser aufgelöst Haare entfernt.

Levenson hält von der sogenannten pâte épilatoire nicht viel.

Levin demonstrirt ein mikroskopisch constatirtes Larynxcarcinom, welches weder klinisch noch laryngoskopisch Carcinomcharakter aufwies. Der Fall war bereits vor 4 Jahren endolaryngeal (?) operirt und fühlte sich vor $1^1/_2$ Jahren vollständig wohl.

Okunew: Sarcoma epipharyngis.

Führt aus, dass er den Kranken bereits einmal gesehen habe. Damals sei er mit dem Beckmann'schen Messer operirt worden. Jetzt aber liege eine Hypoglossusparalyse rechts vor, was darauf hindeute, dass die Geschwulst zum For. styl. hinkrieche.

Hellat hält den Fall für inoperobel, er habe in 2 ähnlichen Fällen operirt mit negativem Erfolge. Der Exitus erfolge in solchen Fällen nach allmählichem Absterben eines Nervengebietes nach dem andern und das Leiden sei infolge dessen sehr quälend.

Nikitin hält kleinzellige Sarcome für relativ gutartig. Wenn technische Bedingungen die Operation zulassen, so muss man operiren.

Shirmansky schliesst sich der Meinung von P. Hellat an.

Wygotzky: Vortrag über Melanoma laryngis; für Druck bestimmt

Levin findet die Bezeichnung Melanoma nicht genügend. Hinzuzufügen wäre sarcoma oder carcinoma. Im vorliegenden Fall würde er Melanolymphosarcoma zutreffend finden.

Vortragender kann in der Geschwulst nichts charakteristisches für Sarcom finden.

Sacher möchte den Fall für Melanofibroma ansehen.

Helfond: Fall von linker Recurrensparalyse in Folge von Bleivergiftung, in Folge von Lactobacillin-Milchgebrauch mit Vorstellung der Patientin und des aus dem Gefässe gewonnenen Bleies.

Hellat zweifelt nicht an der Diagnose, aber sie wäre unanfechtbar, wenn die übrigen Momente für Recurrensparalyse genauer erörtert worden wären.

Bomasch unterstreicht die hygienische Seite. Nach der Presse zu beurtheilen, scheint die Gesellschaft Le Ferment von Metschnikoff das Monopol für den Verkauf von Lactobacillin in Russland erhalten zu haben. Da die Lactobacillinmilch in grossen Massen in ähnlichen Thongefässen verkauft wird, wie das vom Vortragenden dargestellte ist, so müsste man das Publicum durch die allgemeine Presse davor warnen.

Rydnik wundert sich, warum bisher nicht mehr Vergiftungsfälle bekannt geworden sind.

Vortragender erwidert, dass nicht jede Bleivergiftung als Paralyse auftritt. Andere Vergiftungssymptome könnten vielfach anders gedeutet werden.

(Nachträglich sind noch von anderer Seite über andere Vergiftungsfälle in Folge von Lactobacillinmichgebrauch berichtet worden. [Referent]).

P. Hellat.

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. October 1907.

A. Bruck stellt einen Patienten mit doppelseitiger Internuslähmung vor, die höchst wahrscheinlich in einer Polyneuritis ihre Ursache hat. Die Larynxsymptome stellten sich gleichzeitig mit den Lähmungserscheinungen an den Extremitäten ein und bildeten sich gleichzeitig mit ihnen zurück. Der Puls bewegte sich zwischen 104 und 108 Schlägen.

Levy kann sich nicht davon überzeugen, dass die Internuslähmung eine nervöse sei; zum mindesten sei die Möglichkeit einer rein muskulären oder katarrhalischen Lähmung nicht ausgeschlossen.

Grabower hält dagegen die Parese für eine höchst wahrscheinlich nervöse, weil eine katarrhalische Affection in der Anamnese fehlt und der Vagus an der Lähmung ebenfalls theilgenommen hat.

Kuttner ist derselben Meinung, weil keine Entzündungserscheinungen vorangegangen, die ganze Affection sich in Zusammenhang mit den anderen nervösen Symptomen eingestellt und allmählich ausgeglichen und bei Infections- und Vergiftungsfällen öfter die Adductoren zuerst geschädigt werden. Auch im Anfangsstadium der Lungentuberculose sehen wir öfter Internusparesen. Vielleicht sind auch sie durch Toxine bedingt.

Levy findet es auffallend, dass das Toxin gerade für die Internusäste ein electives Verhalten zeigen soll.

A. Bruck hält es nicht für auffallend, da die Interni zuerst von den Adductoren zu unterliegen pflegen.

Goldmann zeigt einen Patienten mit narbiger Anchylose der Cricoarygelenke. In Folge eines Selbstmordversuches bildeten sich am Larynxeingang zwei vom Schildknorpel zu den Aryknorpeln ziehende dicke, narbige Wülste aus, zwischen denen hindurch man die Stimmbänder fest in Medianstellung fixirt stehen sieht.

Barth demonstrirt ein Präparat mit Gangrän des Stimmbandes. Der Kranke litt an perniciöser Anämie, wurde 8 Tage vor dem Tode heiser und bekam 2 Tage ante mortem einen Erstickungsanfall. 12 Stunden vorher fand B. die Schleimhaut des Mundes, Rachens und Kehlkopfes gleichmässig fahl, ein Ulcus am rechten Stimmband, das nur geringe Excursionen nach aussen machte. Bei der Section zeigte es eine Gangrän an der ganzen hinteren Hälfte und der Vorderfläche des Aryknorpels, am linken Processus vocal. ein beginnendes Ulcus. Ueber dem rechten Ary- und keilförmigen Knorpel eine Anschwellung. B. nimmt an, dass eine Blutung in das Stimmband stattgefunden und zu einer Gangrän geführt hat.

A. Rosenberg glaubt, dass es sich um eine Ulceration des Stimmbandes und Perichondritis des Aryknorpels handelt, die die Motilitätsstörung desselben ungezwungen erklärt. Dafür spricht die Tiefenzunahme des Geschwürs an diesem Knorpel, sowie die Anschwellung der Schleimhaut über ihm.

Barth glaubt nicht an eine Perichondritis wegen des plötzlichen Einsetzens der Kehlkopfaffection.

Bruck dagegen und Kuttner nehmen ebenfalls eine Perichondritis an.

A. Rosenberg: Kalter Abscess des Kehlkopfs.

Bei einem 58jährigen Patienten stellte sich nach heftigem Erbrechen Heiserkeit ein, die auf einen die Pars libera des linken Stimmbandes — und zwar an ihrer oberen Fläche — einnehmenden subepithelial liegenden Abscess zurückgeführt werden konnte. Bei der Incision entleerte sich Eiter und nach derselben war die Stimme wieder und zwar dauernd klar. Er nimmt an, dass beim Erbrechen eine Blutung unter das Epithel des Stimmbandes stattgefunden und das Hämatom sich in einen Abscess umgewandelt hat.

Senator sah Abscesse des Kehlkopfes vorzugsweise bei Patienten, die ihre Stimme anstrengen.

Grabower glaubt, es könne sich um ein Stauungstranssudat in die Submucosa gehandelt haben, das sich eitrig umgewandelt hat.

Rosenberg: Der Abscess lag subepithelial, die Schnelligkeit der Entwickelung spricht gegen ein Transsudat. Ueberanstrengungen der Stimme können Stimmbandblutungen hervorrufen und eine gewisse Rolle in der Aetiologie der Abscesse spielen. A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unter den Namen der Laryngologen, welche zu correspondirenden Mitgliedern der Budapester Königlichen Gesellschaft der Aerzte gewählt worden sind, hätte (vergl. Briefkasten der Novembernummer) sich auch der des Collegen Marcel Lermoyez (Paris) befinden sollen.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zum Ehrenmitgliede der American Laryngological Rhinological and Otological Society gewählt worden.

Den „Annales des maladies de l'oreille et du larynx" entnehmen wir die Mittheilung, dass unserem verehrten Mitarbeiter, Prof. E. J. Moure (Bordeaux), der Stern der Officiere des spanischen Isabellenordens in Brillanten verliehen worden ist.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist der Preussische Kronenorden zweiter Klasse verliehen worden.

Unserem Veteran, Prof. Tobold (Berlin), der im vergangenen Monat unter allgemeiner freudiger Theilnahme seinen 80. Geburtstag gefeiert hat, ist der erbliche preussische Adel verliehen worden. Wir bringen dem Jubilar noch nachträglich unseren herzlichsten Glückwunsch dar.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

H.

I. J.

K.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

O.

S.

T.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XXIII. December 1907. No. 12.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brindel** (Bordeaux), **A. Brenner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **Gouguenheim de la Roche** (Toulon), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Parmentier** (Brüssel), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XXIII. Jahrgangs (Januar—December 1907) **15 Mark.**

Berlin. 1907.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.